

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-

064781

60865

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 425 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IRAQI Houssaini Nougha

Date de naissance : 28/11/48

Adresse :

Tél. : 0522 23 82 11 Total des frais engagés : 300 + 1031,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/02/21

Nom et prénom du malade : IRAQI Houssaini Nougha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer Tumeur de la prostate

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur Amine DASSOUKI
Spécialiste
en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle
102, Ed. Anoual TOUR ANOUAL 1 Etage N° 3
Quartier des Hôpitaux Casablanca



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/03/21	CS	1	309,00	<i>[Signature]</i>

DOCTEUR A. B. B. B.
 en Médecine Générale et Radiologie
 102, rue du Général TOULON ANTOINE
 Quartier des Châteaux

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE BEYROUT 99 Bis, Rue Seyrouth Hay-Layoune Tél. : 05 22 85 59 48	19/03/21	1031,30

PHARMACIE BEYROUT
 99 Bis, Rue Seyrouth
 Hay-Layoune
 Tél. : 05 22 85 59 48

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

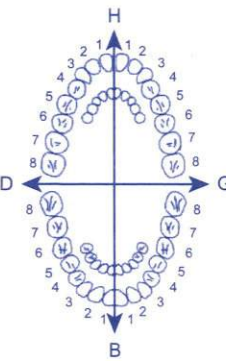
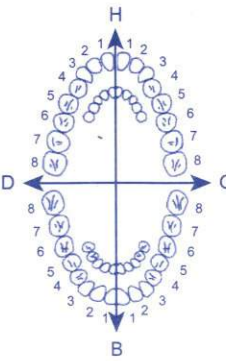
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td colspan="2">G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine DASSOULI

Spécialiste

En Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris V

D.U d'Appareillage des Handicapés Moteurs-Paris V

D.U de Diététique et Nutrition Clinique et Thérapeutique Paris XIII

Mal de Dos, Sciatique, Douleurs os et articulations, Neurorééducation

Ostéopathie, Médecine du sport, Mésothérapie, Echographie interventionnelle

Toxine botulique, Bilan uro-dynamique



الدكتور أمين الدسولي

إختصاصي

في الطب الفزيائي و الترويض و التأهيل الوظيفي
خريج كلية الطب بباريس

شهادة الجامعة في تركيب الاعضاء الاصطناعية

و التجهيزات الخاصة بالاشخاص المعاقين بدنيا

ش.ج. في الحمية والتغذية العلاجية والسيرية - باريس 13

آلام الظهر. آلام العظام و المفاصل. ترويض الجهاز العصبي

التقويم اليدوي للعظام. الطب الرياضي. الحقن تحت الصدى

كشف التبول الديناميكي



Casablanca le : 19/03/2021

Nom : FRAQI HOUSSEINI

Noughe

1) Dolico x 90

7S

(one pulser
des ropes)

2) Dedis 2

7S

3) Gel Refructant New Flex

7S

4) Colthao

7S

5) Dolthrom

S.V

6) Magnimor

S.L

7) Anguib 10

S.L

PHARMACIE BEYROUTH
99 Bis . Rue Beyrouth
Hay Laayoune
2025 59 48

Docteur Amine DASSOULI
Spécialiste
Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle
D.U de Diététique et Nutrition Clinique et Thérapeutique
D.U d'Appareillage des Handicapés Moteurs-Paris V
Casablanca

182, Bd .Anoual «TOUR ANOUAL» 1^{er} Etage N°3

Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél. : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19 :

E-mail : amidassouli@gmail.com

Urgences :

06 61 07 33 59

182, شارع أنوال « برج أنوال » رقم 3 الطابق الأول

البيضاء . الهاتف

مستعجلات

49,40

49,40

MAGNEMAR®
300 mg B6

Lot:
A consommer de
préférence avant le :
PPC : 89,50 DH

LOT 20.276
10/2023

LOT 181764
EXP 08/2021
PPV 99.00DH

ISOPHARM
Newflex Cooling
95,00 DH

PPV 300DH00
PER 11/23
LOT J3099

30 Comprimés

LOT: 069
PER: NOV 2023
PPV: 150 DH 00

LOT: 067
PER: SEP 2023
PPV: 150 DH 00



LOT: 067
PER: SEP 2023
PPV: 150 DH 00

PPV: 169DH00
PER: 09/23
LOT: J2467-2

