

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

ditions 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.

armacie :

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.

entaire :

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

La 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

ND: 30734

Déclaration de Maladie : N° P19-0005492

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7913 Société : R.A.T

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITÉ Date de naissance : 01-07-1943

Nom & Prénom : OUAHRI Yel Adresse : 659 - B^e GOUKIMA - App 4 - CASA

Tél. 05 22 47 24 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur TAZI M hammed
175 Rue Boukraa - Casablanca
Tél: 05 22 26 00 87

Date de consultation : 15/04/2014

Nom et prénom du malade : OUAHRI Yel Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA - DM

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
15/04/2020	ca		2000	<i>Dr. EL HADJ M. Boukraa - Casablanca</i> 22 26 11 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie 100% Condol Km.16, Route de Bous 99, Douar Fokra, Bous Tél : 05.22.32.03.01	15.04.2020	3440.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
	25533412
D	00000000
	00000000
	35533411
	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور التازي محمد

شواهد جامعية في
مرض السكري ، الحمية الطبية
علاج الالم ، الفحص بالصدى
طب العمل و الطب الشرع
الطب العام ، خبير ملحة

بسم الله الرحمن الرحيم

Universitaires en
Diététique Médicale (Obésité)
Echographie
Traitement des Douleurs
Expert Assermenté

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 19E007
PER : 09/2023

6 118000 060468

Casablanca le : 15/04/2020

M. OUAHRI Mohamed

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 19E005
PER : 02/2023
6 118000 060468

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
P.P.V : 581 DH

1-022-22-22-2268-8

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH

8-9674-73-22-02-1

6 118001 121298

8-9674-73-27-01

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH

6 118001 121298

294,00 x 4 :

COVERAM 10/10 , 4 bte

1 cp / jour 3 mois

NOVOMIX 30 flexpen 3 btes de 5

140 unités matin 36 U soir 3 mois

GLUCOPHAGE 500 mg , 4 btes

1 comp x 2 / , en milieu repas 3 mois

LASILIX 4 btes

1 cp matin 3 mois

CRESTOR 5

1 cp / jour 3 mois

Eludril collutoire

1 pul x 4 / jour

*دكتور التازي محمد
Doctor Tazi M. tammed
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél: 05 22 26 00 87*

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 19E005
PER : 07/2023
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 19E005
PER : 07/2023
6 118000 060468

طبيب معتمد للإدلاء بشهادات الأهلية الطبية للسيارة

175, Rue Boukraa - Casablanca - زنقة بوكرا - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 26 00 87 - GSM : 06 61 46 78 87

e-mail : drtazimd@yahoo.fr

20,80

20,80

20,80

20,80

294,00 <

294,00 <

294,00 <

294,00 <