

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



**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0028828

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01073 Société : 38717

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUFLI KHADOUJ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/07/2020

Nom et prénom du malade : EL MOUFLI KHADOUJ Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie ORL + diarrhée

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 : Casablanca Le : 09/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

**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.

**Biologie 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.

**Prothèse dentaire :**  
En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

**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

PRAS 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.

**PRAS : 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**



# 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
09/07/2020	C	1	200,00	Dr TAZI OUMAYYAH LAHOUSINE Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris Médecine Générale Echographie - D.O. Rue Ibnou Kattir Les El Beldja Immeuble 4 A/Immeuble 2 KDC Casablanca Tél: 05 22 23 49 13 Casablanca 14 31 19 85

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgon	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IBNOU KATIR M'hamed OUKHANE Docteur en Pharmacie 22, Rue Impasse Ibnou KATIR Tél: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA	09/07/2020	2 70,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

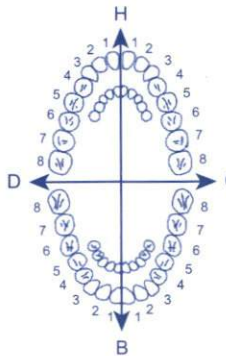
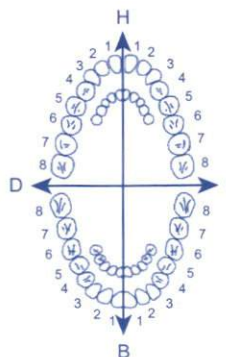
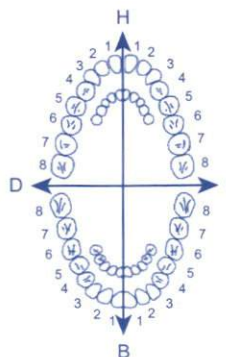
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <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>D</td> <td>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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		
					MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Othman L. Tazi

الدكتور عثمان الحسين التازي

Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE

الطب العام  
التخطيط الطبي - الفحص بالصدى  
طبيب سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

Ancien Médecin des Hopitaux de Paris - France

Casablanca, le 09/07/2020 في الدار البيضاء،

49.70 M<sup>me</sup> ELMOUFLIH Rabadoui

1/ Zithromax 500mg

58.40 1 ep1j pendant 3j

2/ Solupred 20mg

3 ep1j le matin

3/ Aspegic 1000mg

1 sachet si fièvre ou douleurs

4/ Rhinofebral gélules

26.40 2 gel x 2 1j pdt 3j

5/ Tobrex collyre

30.50 2 gtt x 3 1j dans chaque oeil

6/ Imodium 2mg gélules

1 gel x 3 1j après chaque

270.40

ZITHROMAX 500 MG  
Boite de 03 comprimés  
Lot: 1281533  
Date Fab: 10 / 2019 Date Exp: 08 / 2021

58,40

LOT: 19E005  
PEL: 09 2021  
ASPEGIC 1G  
SACHETS B20  
P.P.V.: 61DH10  
6 118000 061076

PPV (DH): LOT N°:

14,30

26,40

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V.: 30DH50  
6 118000 010845

Dr TAZI OTHMAN LAHOUSSE  
Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris  
Médecine Générale  
Echographie

زقة ابن كبير / دار البيضاء - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء

Rue Ibnou Katir Résidence Elbeida Imm.A - Appt N°2 (RDC) - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 13 : الهاتف / Urgences: 06 19 31 19 85 مستعجلات

Email : othmantazi@hotmail.com