

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.

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.

Rééducation :

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 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

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



62241

Déclaration de Maladie : N° P19-0001100

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZEM Med Date de naissance : 1947
Adresse : 44 Rue 18 Jamila 5 CD CASABLANCA
Tél. : Total des frais engagés : 2194,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. TAHRI JOUTI
NEURO - PSYCHIATRE
124, Bd. Rahel El Meskin
Tél : 31.98.15/31.97.02 - CASABLANCA

MUPRAS
5 MARS 2021
ACCUEIL


Date de consultation : 4 MARS 2021
Nom et prénom du malade : AZEM Amine
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection mentale
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.

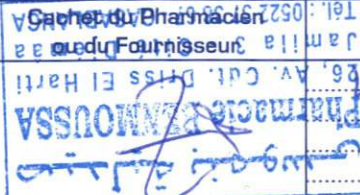
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 03/03/2021
Signature de l'adhérent(e) :

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
4 MARS 2021	G3107	3	40900	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/21	17821,70 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

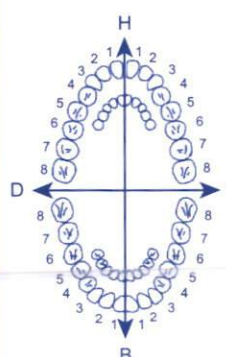
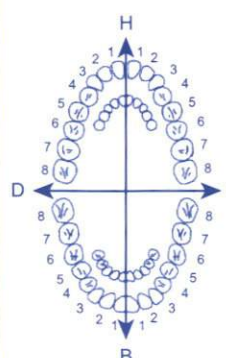
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. TAHRI - JOUTEI

LAUREAT DE LA FACULTE DE
MEDECINE
DE BORDEAUX

SPECIALISTE
DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX
NEURO-PSYCHIATRE

ELECTRO - ENCEPHALOGRAPHIE

SUR RENDEZ-VOUS

ICE : 001626736000019

INP : 091132480

Casablanca, le

4 MARS 2021

الدكتور الطاهري جوتي عبد الرفيق

خريج بامتياز بكلية الطب

ببوردو

اختصاصي في أمراض الرأس وأمراض

النفسية والعقلية والأعصاب

التخطيط الكهربائي للرأس

الزيارة بالموعد

A Z E M

Amina

Tratamiento a seguir regularmente
y a renovar según los
necesarios durante un periodo de 90 días

1584.00

Solion 900

1S

119.70 1/2

Artone T

SV

13.30 x 9

71.00

Nozimon et

1S

16.20 x 5

Pharmacie EL ANASSA
26, Av. Col. Ouss El Hani
Jamilia 3. Cité Djemaa
Tél.: 0522 37 38 07 - CASABLANCA

DR. A. TAHRI - JOUTEI
NEURO-PSYCHIATRE
124, Bd. Rahal El Meskini
☎ : 31.98.15/31.87.02 - CASA

1784.70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 400mg, cp séc B 30
P.P.V.: 528,00 DH
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118001 081790

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 400mg, cp séc B 30
P.P.V.: 528,00 DH
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118001 081790

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 400mg, cp séc B 30
P.P.V.: 528,00 DH
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118001 081790

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V.: 13DH30
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118000 060314

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V.: 16DH20
LOT : 20E004
PER.: 08 2025
6 118000 060475

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V.: 16DH20
LOT : 20E004
PER.: 08 2025
6 118000 060475

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V.: 13DH30
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V.: 13DH30
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118000 060314

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V.: 16DH20
LOT : 20E004
PER.: 08 2025
6 118000 060475

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V.: 13DH30
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V.: 13DH30
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118000 060314

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V.: 16DH20
LOT : 20E004
PER.: 08 2025
6 118000 060475

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V.: 13DH30
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V.: 13DH30
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V.: 13DH30
LOT : 20E017
PER.: 11 2023
6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V.: 13DH30
LOT : 20E015
PER.: 08 2023
6 118000 060314

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V.: 16DH20
LOT : 20E004
PER.: 08 2025
6 118000 060475

☒ **valable 3 mois**

Le 4 MARS 2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Docteur TAHRI Joutei

Certifie que Mlle, Mme, M. :

AZEM Amin

Présente

Affection Psychiatrique chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

trois mois

Dont ci-joint ordonnance :

oui

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr A. TAHRI JOUTEI
NEURO PSYCHIATRE
124, Bd. Kheir El Moudni
RT : 31.98.15/31.97.02 - CASA