

# 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## ue :

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

## ducation :

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

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

## aire :

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.

## die 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

éclamation	: 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.

Maladie

Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **425**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **TRAQI HOUSSAINI Naouzha**

Date de naissance : **28/11/48**

Adresse : **Boulevard Charles EL RUE Ahmed EL KADMIRI**

Tél. **05 22 23 82 11** Total des frais engagés : **676,10** Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **28/05/2021**

Nom et prénom du malade : **TRAQI HOUSSAINI Naouzha**

Age : **(1868)**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Douleur Aigue de l'œil droit**

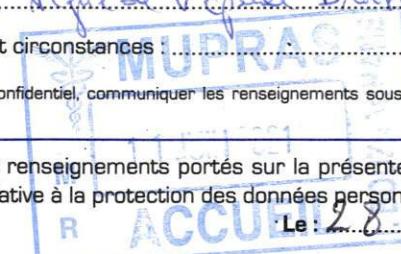
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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) :



## **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
28/08/2021	CS	1	250,00	DOCTEUR ANDRE SPINELLI Spécialiste en Radiologie TOUS ANNULES Maison de Santé des Habitants G. 55762

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEYROUTH 9 Rue Beyrouth Y Laayoune 5 22 85 59 48	28/5/21	426,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

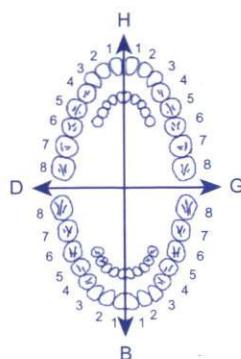
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important :**

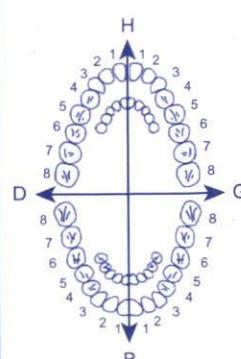
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒUR MASTICATOIRE

H	
25533412	2143355
00000000	0000000
D	
00000000	000000
35533411	114335



(Création, remont, adjonction)

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CA

# 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 الدسوقي

إختصاصي

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

شهادة الجامعية في تركيب الأعضاء الإصطناعية

و التجهيزات الخاصة بالأشخاص المعاقين بدنيا

ش. ج. في الحمية والتغذية العلاجية والسريرية - باريس ١٣

آلام الظهر، آلام العظام و المفاصل، ترويض الجهاز العصبي

التقويم اليدوي للعظام، الطب الرياضي، الحقن تحت الصدى

كشف التبول الديناميكي



Casablanca le : ..... 28/05/2021

Nom : IRAQI HOUSSAINI

Nouzha

49,40	1) Coltrane	S.V.	plus 6
94,00	2) Myoflex	S.V.	plus 15
89,00	3) Célébrex 200	S.V.	plus 5
95,00	4) Gel Reprodynate Newflex ou Vegetar Reprodynate	S.V.	plus 31
99,00	5) Deder 2	S.V.	plus 16
426,40			

Dr. Amine DASSOULI  
Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle  
Tour Anoual 1<sup>er</sup> étage N° 182  
Bd. Anoual Casablanca  
Téléphone : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19  
E-mail : amidassouli@gmail.com Urgences : 06 61 07 33 59

شارع أنوال «برج أنوال» رقم 3 الطابق الأول

البيضاء . الهاتف : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19

مستعجلات : E-mail : amidassouli@gmail.com Urgences : 06 61 07 33 59

## **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



6118001260850

The logo consists of a stylized letter 'B' inside a circle, with the word 'swissmedic' written below it.

MONTS  
DES SOINS

Batch No.: EXP/PPV 94 dhs 00

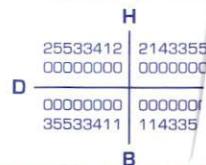
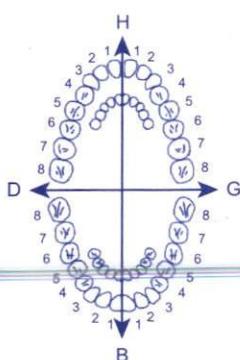
**ISOPHARM**  
NEWFLEX  
COOLING GEL  
95.00 DH

10/19  
712  
09/23  
MFD  
LOT

EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Munich / Germany  
New Lare AG, CH-4450 Lüttichgen

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



**[Création, remont, adjonction]**

LOT 200710  
EXP 01/2023  
PPV 99.00DH

170 of 170

P.P.V: 89,00

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CIE

P10002678

49, 40