

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educational :

- 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

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° M21- 0000696

ND: 78750

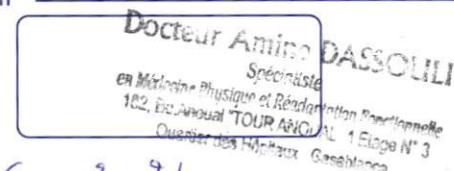
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 425 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : IRAQI Houssaini Naouha
 Date de naissance : 28/12/1948
 Adresse : Boulevard Ghandi Rue Ahmed EL Kachma
 1 el 3
 Tél. : 0522237211 Total des frais engagés : 1031,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2021
 Nom et prénom du malade : IRAQI Houssaini Naouha Age : 72
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA, diabète, arthrose, gonarthrose
 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 : 01/06/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
17/06/2021	CS	1	259,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

01/06/2021 1031,80 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

AM PC IM IV

ZINASKIN®

Le praticien est prié de préciser la nature des soins.

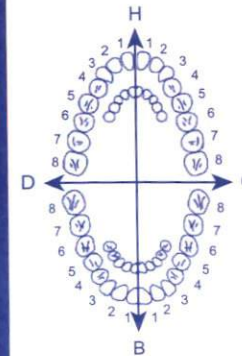
PPV 400H90

EXP 11/2023
LOT 00049 6

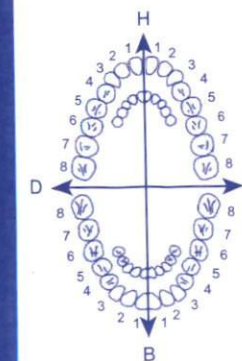
Important :

Veillez joindre les radiographies

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

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

UT.AV. : 1 2 3 2 2
LOT N° : 1 2 9 7 7 0 0

09366030/4

UT.AV. : 1 2 3 2 2
LOT N° : 1 2 9 7 7 0 0

09366030/4

UT.AV. : 1 2 3 2 2
LOT N° : 1 2 9 7 7 0 0

09366030/4

ZINASKIN®

PPV 400H90 EXP 11/2023 LOT 00049 6

Lot : curarti forte Cpr Bte 15 PPC : 89,50 DH
A consommer de préférence avant le : Ut av : Nov / 2022 Lot : 395284
MEDIPRO PHARMIA

LOT : 2851
UT.AV. : 05/22
P.P.V. : 29 DH 00

LOT : 069
PER : NOV
PPV : 150

LOT : 069
PER : NOV
PPV : 150

LOT : 071
PER : DEC 2
PPV : 150 DH

LOT : 18 1
UT.AV. : 07
PPV : 84

LOT : 18 1

58,4

Solupred®

FIN D'EXECUTION

RES

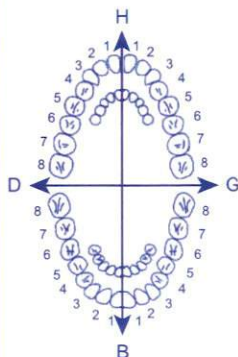
la nature de

00049 6

malaires, ainsi

LOT: 063
PER: NOV 2023
PPV: 150 DH 00

COEFFICIENT
DES TRAVAUX



LOT: 181128

UT AV: 07/2021

PPV : 8/4, 00DH

MONTAN
DES SOIN

UT. AV. :

N 107

 $:(\text{H})$

DEBUT

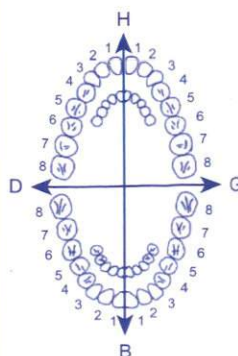
D'EXECUTION

FIN

D'EXECUTION

Solupred® 20mg

DETERMINATION DU COEFFICIENT DE MASTICATION



		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

UT.AV. : 1 4

P.P.V.

LOT N°: 1

09366030/4

UT.AV. : 1

P.P.V.

LOT N° : 1

09366030/4

UT.AV. : 1

P.P.V.

LOT N° : 1

09366030/4

Lot :

À consommer de préférence avant le :

curarti forte Cpr Bte 15
PR : 80.50 DH

Ut av: Nov/2022	Lot: 395284
--------------------	----------------

MEDI PRO PHARMA

arti.fc

LOT : 2851
U.T. AV : 05-22
P.P.V : 29 DH 03

PPV 40DH90

EXP 11/2023

LOT 00049 6

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 والسريية - باريس 13

آلام الظهر. آلام العظام و المفاصل. ترويض الجهاز العصبي

التقويم اليدوي للعظام. الطب الرياضي. الحقن تحت الصدى

كشف التبول الديناميكي

Casablanca le : 01/06/2021

Nom : IRAQI HOUSSAINI

Neuzha



150,00 x 3

1) ANGINIB 100mg

1 cp / 5 points 3 mois

84,00 x 1

2) ALENZ.

1 cp / 5 points 15 j

58,40 x 1

3) Solupred 20

3 cp 1/2 par jour pendant 10 j de traitement

79,70 x 3

4) Zithromax 500

1 cp / 5 points 15 j

40,90 x 2

5) ZINASKIN

1 cp / 5 points 15 j

29,00 x 1

6) Nauseilium

1 c.m. x 3 points 5 j

89,50 x 1

7) Curoti forte

1 cp / 5 points 1 mois

1031,80

PHARMACIE BEYROUTH
99 Bis, Rue Beyrouth
Hay Laayoune
Tél. : 05 22 85 59 48

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

مستعجلات

182 شارع أنوال «تور أنوال» رقم 3 الطابق الأول

البيضاء. الهاتف