

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.

rmacie :

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.

tique :

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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041319

84188

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 351 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUZOU LAHCEN

Date de naissance : 1944

Adresse : 3 rue Abbes Ibnou Al Ahnaf

Bourgogne, Casablanca

Tél. : 0522360857 Total des frais engagés : 1321,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
67, rue Abou Al Waq Khalaf
CASABLANCA

Date de consultation : 05/08/2021

Nom et prénom du malade : EL MANAZI Kaelia Age : 1951

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

Nature de la maladie : Diabète et HTA

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 : 05/08/2021

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
05/08/2021		C	2000	<p>Docteur TAHIR, Souad</p> <p>Médecine Générale</p> <p>G7, rue Abou Al Waqf Khalaf</p> <p>CASABLANCA</p>

INR: 09416348

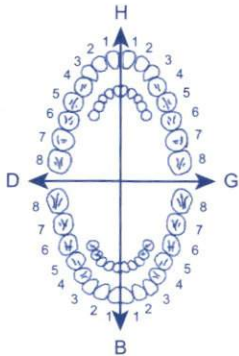
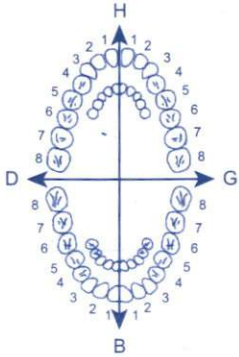
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			Coefficient des Travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur TAHIRI Souad

Diplômée de l'Université de Montpellier

Médecine Générale

Echographie - Diabétologie

Détetique Médicale - Médecine du Travail

الدكتورة طاهيري سعاد

خريجة جامعة مونتبيلي

الطب العام

الفحص بالصدى - مرض السكري

الحمية الطبية - طب العمل

Casablanca, le 05/08/2021 الدار البيضاء، في

1^{re} ELamarouzi Khadia
390,00 x 2
- faldus 750
500 mg / 850 mg
1^{er} le matin 03 sur 04
45,20 x 2
- Sincophase 850
1^{er} le midi 03 sur 04
43,00 x 2
- Augfor 5mg
1^{er} le matin 03 sur 04

Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
G7, rue Abou Al Waqt Khalaf
CASABLANCA

PHARMACIE PORTER ANFA SALAH
197, Bd. Bourgoigne - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF : 37734689 - ICE : 002312695000015

Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
G7, rue Abou Al Waqt Khalaf
CASABLANCA

Tahiri

23,30

— Zinaslin 15 mg



49,40 x 21/2 03 mois

— D cube forte



4 ampoule / 03 mois

1121,90.

Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
G7, rue Abou Al Wajih Khalaf
CASABLANCA

Tahiri

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU
Bouchra AMAR
197, Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF : 37734689 - ICE : 002312695000015

PORTE D'ANFA SARL AU
PHARMACIE PORTE D'ANFA
'197 BD Bourgone
CASABLANC
ICE002312695000015
Patente: 35653328

Facture N°: 610 429

Ref N°: 06/08/21/ 8

Client: Client Comptoire *

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
D-CURE FORTE 100000 UI	AB	2	49,60	99,20
ANGLOR 5 MG 28 CP	CO	3	43,00	129,00
GALVUS MET 50MG/850MG	CO	2	390,00	780,00
GLUCOPHAGE 850MG GM	CO	2	45,20	90,40
ZINASKIN 15MG/30EFF	CO	1	23,30	23,30

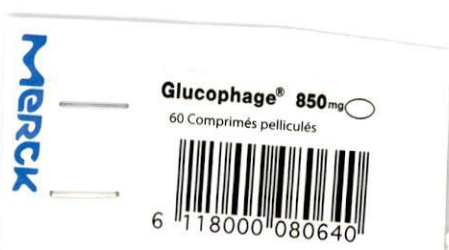
Total à Payer:	1 121,90
-----------------------	----------

La présente facture est arrêtée à la somme de:

MILLE CENT VINGT ET UN DIRHAMS QUATRE VINGT DIX CENTIMES###

Le : 06-août-2021

197, Bd. Bourgoise - Casablanca
Tel.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF : 3734689 - ICE : 002312695000045
MARQUE
PHARMACIE PONTE D'ANFA
SARL



Page

☐ valable 3 mois

Le 05/08/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné : Docteur TAHIRI Souad

Certifie que Mlle, Mme, M. : ELmahouti Khadija

Présente Diabète et HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de : longue Durée

gafus Tlet 500mg/850mg stucophage 850mg Angior 5mg

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
G7, rue Abou Al Waqi Khalaf
CASABLANCA

Tahir

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca