

# 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.

## **iologie 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.

## **ique :**

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.

## **ntaire :**

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 caractére 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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0010049

ND: 90274

Optique

Autres

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : 04111 Société : royal air maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AGOUMI - ABDELHALI

Date de naissance : 1950

Adresse : residence Nadia Troulli A Agadir N°17 CASA

Tél. : 06 237 51 415 Total des frais engagés : 565,00 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/08/2021

Nom et prénom du malade : M. AGOUMI Abdelhalai Age : 69

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gonalgies

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 : 01 NOV. 2021 Le : 29 AOUT 2021

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
23 AOUT 2021	C3		300,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23-8-2021	265,65

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 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

# Docteur TAZI M. FAROUK

الدكتور التازى م. فاروق

Maitre ès Sciences Médicales

Ancien Chef de Clinique, Assistant des  
Hôpitaux au C.H.U. de GRENOBLE

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Microchirurgie et Chirurgie de la main (LYON)

C.E.S Réparation Juridique du Dommage  
Corporal (GRENOBLE)



أستاذ في العلوم الطبية

رئيس عيادة وأستاذ مساعد (سابقا)  
بالمجلس الصحي الجامعي بكورنيل

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

الجراحة المجهريّة و جراحة اليد

تقديم الأضرار الجسدية

Casablanca, le 23 AOUT 2021

7<sup>e</sup> AGOUME Abdellah

Célébrex 200 mg

150<sup>mg</sup> à prendre mat et soi

No dol 400.

30<sup>mg</sup> 1 cp mat et soi.

NewPlexe "chaeef"

80<sup>mg</sup> 1 App mat et soi

281.6



Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerkouni Casa - Tél.: (+ 212) 522 20 08 07 - Fax : (+ 212) 522 20 19 65

Mob.: 06 61 13 91 90 - I.G.R.: 42000100 - C.N.S.S.: 2351211 - Patente : 34400315 - I.C.E.: 001745637000004

E-mail : tazi.farouk@hotmail.fr

**ISOPHARM**  
**NEWFLEX**  
**WARM-UP**  
**85.50 DH**

**MFD** ■  
**LOT** ■  
01/24  
128  
02/20

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland  
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany

## WARM-UP GEL

For greater mobility in sports, with natural, relaxing, beneficial essential plant oils. Contains no parabens.

  
**newflex**<sup>®</sup>  
LOOSENS & RELAXES

پھر...  
میخ 200  
سیدیکو کسید



CELEBREX®  
200 mg  
20 GELS

مخفیانہ لذت جاپ

کبسولے  
20

Lot.

1 2 3 4 5

P.P.V : 150.00

Exp.

0 4 2 2 2

P10002677

SANOFI

DOULEURS & FIEVRE  
INFLAMMATION

fén

400 mg

PER.:12/2023  
01:21E002

NO-DOL FEN 400MG  
CP PELL B30

P.P.V : 30DH00



9

118000 061878

VOIE ORALE

30 comprimés pelliculés

400 mg



ibuprofène  
NO

No-Dol® fen

30 comprimés pelliculés