

## ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- 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.

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

- 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.

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

- 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.

- 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.

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

**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)



Nº P19- 047778

☐ **Autres**

Matricule : 6756 Société : ALI

Autre :

Nom & Prénom : Floum, P. V. 19/10/11

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/11/22

Nom et prénom du malade : NOUSSAFIR MINA Age: 55 ans

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

Nature de la maladie : Tendinite de l'épaule

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

## Déclaration de maladie N° P19-047778

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

**Coupon à conserver par 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
03/11/22	C2		250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية العروبة PHARMACIE AL ORÖBA dr. Samir Abaab 15 Rue 14 lot Raja Saïda Ain Chok Casablanca Tél: 05 22 52 22 69	03/11/22	263,00 167,10

# 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	

# VOLET ADHERENT

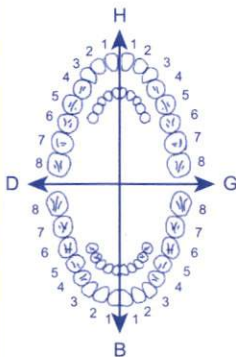
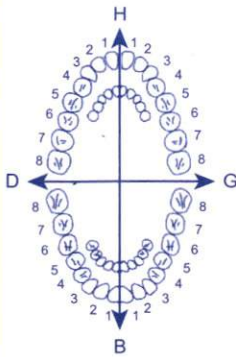
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 l'ODF.

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>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		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																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



## Dr. OUZIF Mohamed Amine

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

- Chirurgie des maladies osseuses et Rhumatologiques
- Ostéoporose, PRP
- Chirurgie Prothétique - Arthroscopie
- Spécialiste en chirurgie de la main et du pied

- Diplômé de la Faculté de médecine de Paris-sorbonne
- Ancien Résident de S.O.S main Paris
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd
- Ancien Interne de l'hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous bois)
- Ancien Résident de l'hôpital Paul d'Egine (Champigny sur marne)
- Membre de la société française de Traumatologie-Orthopédie



## الدكتور اوزيف محمد امين

اخصائي في جراحة المفاصل و العظام

- امراض المفاصل و العظام
- هشاشة العظام - العلاج بالبلازما
- الجراحة الترميمية - الجراحة بالمنظار
- متخصص في جراحة اليد والقدم من كلية الطب
- الصوريون - باريس

- طبيب سابق في مستشفيات اليد بباريس
- طبيب سابق بمستشفى ابن رشد
- طبيب سابق بمستشفى روبرت بالانجر
- طبيب سابق بمستشفى بول ديجين
- عضو بالجامعة الفرنسية لجراحة المفاصل و العظام

## Ordonnance

Le : 03/12/22

BEDDA Thine

36,40

1) Kopred 20 - (S.V.)  
3 cp le matin  
puis 1 cp / 5 (S.V.)

04,00

2) MYDOFLET  
1 cp x 3 / 5

36,70

3) Ansaïol (S.V.)  
1/2 cp le soir

167,10

PHARMACIE AL OUBA  
dr. Samia Abaab  
15 Rue 14 lot Rajaa Saïda Ain Chok Casablanca  
Tél: 05 22 52 22 69

Dr OUZIF Mohamed Amine  
Chirurgien Orthopédiste  
21 rue 34 Rés Addamane  
Bd Al Qods, Ain Chok Casablanca  
Tél: 05 22 87 33 57 / 06 61 67 14 41

Résidence Ryad Al Qods, angle Bd al Qods et Bd Haifa, 1<sup>er</sup> étage n°6 Ain chock, Casablanca

إقامة رياض القدس، تقاطع شارع القدس وحيفاء الطابق الأول رقم 6، عين الشق، الدار البيضاء

Tel : 05.22.87.33.57 GSM : 0661671441 E-mail : dr.ouzif@gmail.com

V2

V2

86,70

GTIN: 06118001260850  
LOT: 3972  
MFG: 03 2022  
EXP.: 03 2025  
PPV: 940hs00



Kopred® 20 mg  
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

MYDOFLEX® 150 mg  
Tolpérisone HCl  
30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

LOT : 9693  
PER : 05-25  
P.P.V : 36 DH 40



# FACTURE

Patente : 34004209

RC : 445474

ICE : 002748096000006

Facture adressée à :

Date : 03/11/2022

Produits	P.P.V	Quantité	Total
tareg 80	131,50	2	263,00
Total			263,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : 263,00

Cachet :  
صيدلية العروبة  
PHARMACIE AL ORÖBA  
Dr. Samia Abaab  
15, Rue 14 Lot Rajaa Said Aïn Chok Casablanca  
Tél: 05 22 52 22 69