

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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 |

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.

M23-000862

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	4514	Société :	RAH
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		TARHALI MOHAMED	
Date de naissance :		24/03/61	
Adresse :		la m em	
Tél. :	0661187159	Total des mois engagés :	830 Dhs

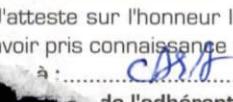
Cadre réservé au Médecin

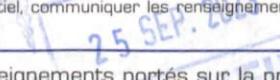
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	31/07/2015	Age :	
Nom et prénom du malade :	TARHALI	Conjoint	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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.

Le : / /

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
31 JUIL 2023		124810	302 309 600 HT	Mekouai Spécialiste Chirurgie - Exploration, Bd. Brahim

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Signature)</i>	31.07.2023	230,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

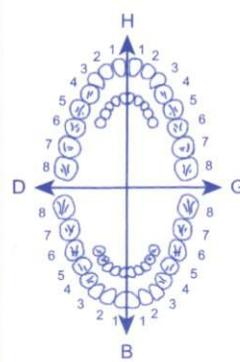
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zoubir MEKOUAR

الدكتور الزبير مكولار

Diplômé de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Spécialiste des Maladies et Chirurgie

NEZ - GORGE - OREILLES

Chirurgie Cervico - Faciale

Exploration des Surdités et des Vertiges - Endoscopie

Membre de la Société Française d'O.R.L.

et de Chirurgie Maxillo - Faciale

خرج كلية الطب ببورو

اختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن والأنف والحنجرة

جراحة العنق والوجه

الدوار

التشخص بالمنظار

Casablanca, le : 31/07/2022 الدار البيضاء في :

Mr. TARIKI Othman

168,20

Augm 1/2



EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 01/2026
LOT 2D011 3

1

effipred 20 mg



40,00

3cp 1/2 effwient 6 mlt

21,80

en ne seule dis 4g le petit

Polydex 1/2 Kard



1/2 2)

T = 230,00

PHARMACIE BOUCUBAA
BOUCUBAA - Boussine
Casablanca - 2004414

Dr. Mekouar Zoubir
Spécialiste ORL - Facial
Chirurgie Cervico - Facial
Exploration - Surdité - Vertige
400, Bd. Brahim Roudani - Maârif - CASABLANCA - Tel.: 05 22 23 36 49
E-mail : orl.mekouarzoubir@gmail.com
SUR RENDEZ-VOUS

S

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA®

Ne pas avaler

S



21,80



AUGMENTIN

AMICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 168,20 DH
LOT: 651419
PER: 02/25



Dr. Zoubir MEKOUAR

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Bordeaux
Spécialiste des Maladies et Chirurgie
NEZ - GORGE - OREILLES
Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration des Surdités et des Vertiges - Endoscopie
Membre de la Société Française d'O.R.L.
et de Chirurgie Maxillo - Faciale

الدكتور الزبير مكوار

خريج كلية الطب ببورو
اختصاصي في أمراض و جراحة
الأذن و الأنف و الحنجرة
جراحة العنق و الوجه
الدوار
التشخيص بالمنضار

Casablanca, le : _____

July 2023

الدار البيضاء في :

Reçu

Reçu de Dr TAHALI Driss le Samedi de

Six cent cinquante trois

- Consultation spécialisée 400

300

- Dossier administratif 100

300

- Total

600 00 ⌂

Dr. Mekouar Zoubir
Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration - Surdité - Ver-
tige, Bd. Brahim Roudani Casablan-