

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.

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

M23-000862

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4514 Société : RAH
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TARHALI MOHAMED
 Date de naissance : 24/03/61
 Adresse : la même
 Tél. : 0661187159 Total des mois engagés : 830 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31.07.2019
 Nom et prénom du malade : TARHALI MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : affection ORL
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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.

à : de l'adhérent(e) : Le : / /

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
31 JUL 2023		24510	302 32 600	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

31.07.2023

230,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

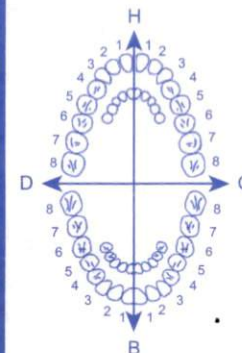
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

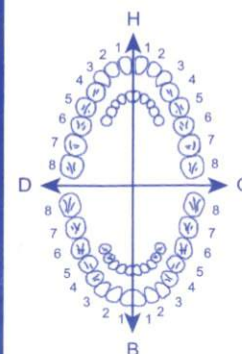
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

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

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 ببوردو

اختصاصي في أمراض و جراحة
الأذن و الأنف و الحنجرة

جراحة العنق و الوجه
الدوار
التشخيص بالمنظار

Casablanca, le : 31/07/2023 : الدار البيضاء في :

Cl: TARTALI otite

168,20

Augmentin
1 sur 2

40,00

Effipred 20 mg

3cp 1/2 effipred le matin
en ne seule dose de le matin
Polydexa 10 Anis

21,80

1/2

T=230,00

EFFIPRED® 20 mg
APU 40DH00
EXP 01/2026
LOT 2D011 3

PHARMACIE BOUZOUBAA
285, Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél: 05 22 23 36 49
E-mail: orl.mekouarzoubir@gmail.com
SUR RENDEZ-VOUS

Dr. Mekouar Zoubir
Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration - Surdités - Vertiges
30, Bd. Brahim Roudani - Casablanca

400, Bd. Brahim Roudani - Maarif - CASABLANCA - Tél.: 05 22 23 36 49

E-mail : orl.mekouarzoubir@gmail.com

SUR RENDEZ-VOUS

5

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA[®]

Ne pas avaler

10 jours

5



21,80



AUGMENTIN
AMOXICILLINE 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 الاكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 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

Casablanca, le : _____

31 JUIN 2023

Reçu

Reçu de Mr TAHMALI Ithou de la somme de

Six cent dix-huit Euros

- Consultation spécialisée en

- Température corporelle

- etc.

300

300

600000

Dr. Mekouar Zoubir
Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration - Surdités - Vertiges
400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca

400, Bd. Brahim Roudani - Maârif - CASABLANCA - Tél.: 05 22 23 36 49

E-mail : orl.mekouarzoubir@gmail.com

SUR RENDEZ-VOUS