

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 canaux, 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 canaux.

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 Étage 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° W21-822184

18 1970

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140

Société : R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL ALAMA

MOUNIR

Date de naissance :

15-06-70

Adresse :

Residence Le CLUB, Rte mly Thami Apt 35

Tél. :

06 67 27 57 44

Total des frais engagés : 536,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13/10/2023

Nom et prénom du malade :

EL ALAMA

Mounir

Age :

53 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie ORL + lombalgies

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 :

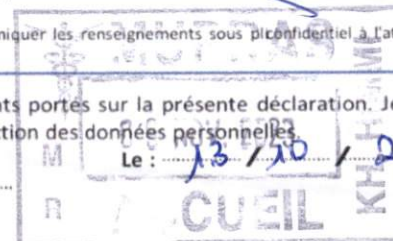
Casa

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le :

13 / 10 / 2023



Autorisation CNDA N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Caquet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 13/10/23	Montant de la Facture 526,00

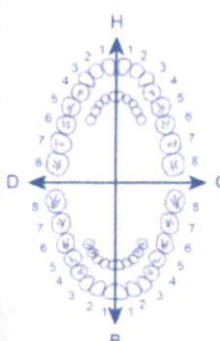
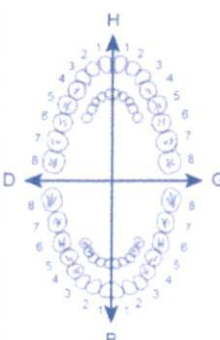
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP :
				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: left;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: right;">G</div> </div>			Coefficient des Travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				Date du Devis

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Othman L.TAZI

Médecine Générale - Médecine du Travail

ECG - ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France

الدكتور عثمان الحسين التازي

الطب العام - طب الشغل

التخطيط الطبي - الفحص بالصدى

طبيب سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

Casablanca, le 13/10/2023 في الدار البيضاء ،

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou el asoum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

6401SDMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

6 18001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

M^{re} EL ALAMA Mounir

1° Lovanic 500mg cp

1 cpl j pendant 05 j

2° Surgam 200mg cp

1 cp x 3 j pdt 05 jours

3° Inexium 20mg cp

1 cpl j le matin à jeun - pdt 14 jours

4° Voltarene 75mg SR cp

1 cpl j le soir pdt 15 jours

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou el asoum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

6401SDMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou el asoum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

6401SDMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

Dr. TAZI OTHMAN LAHOUSINE
Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris
Médecine Générale - ECG
Echographie - Imm. Aug 2 KDC Casablanca
Rue Ibnou Katir N° 2 - 19.31.19.31
Tél: 05 22 23 49 13

زنقة ابن كثير ، إقامة البيضاء - عمارة A - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء

Rue Ibnou Katir - Résidence EL Beida - Imm. A - Appt N° 2 (RDC) - Casablanca

مستعجلات : 06 61 30 23 00 / الهاتف : 05 22 23 49 13 - E-mail : drothmantazi@gmail.com

79.30

لوفانينيك

ليشوفلوكساسين



500 ملغ

5

أقراص مغلفة قابلة للإنكسار
عن طريق الفم



LOVANIC 500 mg

5 comprimés pelliculés sécables

SOTHEMA



6 118000 022404

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المدة

صباح

منتصف

مساء

قبل

بعد



سوطيما
sothema

79.30

لوفانينيك

ليشوفلوكساسين



500 ملغ

5

أقراص مغلفة قابلة للإنكسار
عن طريق الفم



LOVANIC 500 mg

5 comprimés pelliculés sécables

SOTHEMA



6 118000 022404

--	--	--	--	--	--	--	--

المدة

صباح

منتصف

مساء

قبل

بعد



سوطيما
sothema