

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.



189521

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011828

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

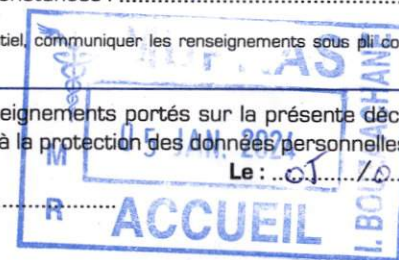
Matricule : 1137 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LOUDINI Ahmed Date de naissance :
Adresse :
Tél : 06 66 17 77 90 Total des frais engagés : 1107,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Docteur TAZI Mhammed
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél : 05 22 26 00 87
Date de consultation : 25 DEC 2023
Nom et prénom du malade : Loudini Ahmed Age : 21
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète + HTA + Asthme
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 : Casablanca Le : 01/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Adresses Mails utiles


- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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

25 DEC 2023			200M	
-------------	--	--	------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie El Corniche Rte. d'Azzoumoul Oulad El Hamdi Dar Bouazza Km 3.500 - Casablanca Tél : 05 22 90 62 98	25/12/23	907,60
---	----------	--------

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

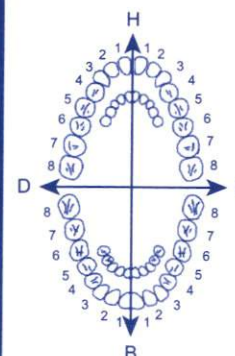
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(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

Docteur Mhammed TAZI

Omnipraticien,

Médecine de Travail & Médecine Légale

Diplômes Universitaire en

Diabétologie, Diététique Médicale (Obésité)

Echographie

Traitement des Douleurs

Expert Assermenté

الدكتور التازي محمد

شواهد جامعية في

مرض السكري، الحمية الطبية

علاج الألم، الفحص بالصدى

طب العمل والطب الشرعي

الطب العام، خبير محلف

بسم الله الرحمن الرحيم

25/12/2023

Casablanca le :: الدار البيضاء في

Mr LOUDINI Ahmed

Floxam 500 2 btes de 24

2 gel toutes les 8 heures

Dasen

1 cp x 3/ j

SULIAT HCT 160/10/12,5 2 BTES DE 58

1 cp /jour 3 mois

Glucophage 850

1 cp x 2 / jour 3 mois

Alpraz 0,5

1 cp soir

الدكتور التازي محمد
Docteur TAZI Mhammed
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél : 05.22.26.00.87

Pharmacie ROSA de la Corniche
Rte. d'Azemmour Oulad El Hamdi
Dar Bouazza Km 3,500 - Casablanca
Tél : 05 22 90 62 98

أطبيب معتمد للإدلاء بشهادات الأهلية الطبية للسياسة للقيادة

175, Rue Boukraa - Casablanca 175, زقة بوكراع - الدار البيضاء

Tél : 05 22 26 00 87 - Gsm : 06 61 46 78 87 - الهاتف

E-mail : drtazimd@yahoo.fr

PPV 116DH40
LOT 35004 1
EXP 06/2025

FLOXAM[®]
Flucloxacilline

500 mg
24 gélules Voie orale

PPV 116DH40
LOT 35004 1
EXP 06/2025

FLOXAM[®]
Flucloxacilline

500 mg
24 gélules Voie orale

185,20

185,20

185,20

23,90

23,90

LOT 232429 Y
EXP 08 2026
PPV 35 70

LOT 232429 Y
EXP 08 2026
PPV 35 70