

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

N° P19- 0037440

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2292 Société : RATP
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABDEL KABILA
Date de naissance : 12/12/57
Adresse : 5, La colline I Casa
Tél. : 0661332550 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ABDEL KABILA Abdallah Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + Goutte + Carence Vit D + Gastrite
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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
 Lot. 28 DR. ZAD MOUNIA PHARMACIE LOT. 28 CASABLANCA 23 79 59	20/4/22	1125,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

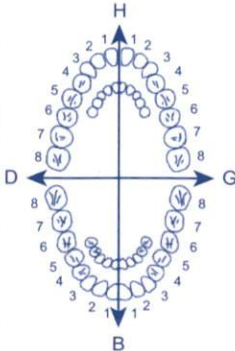
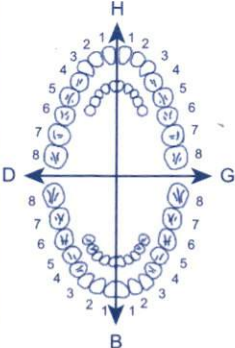
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

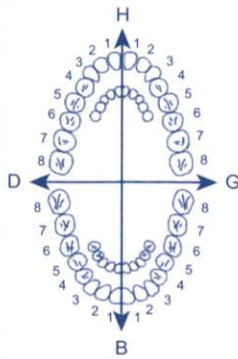
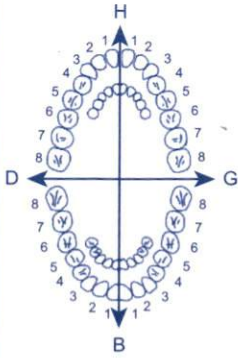
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX							
				MONTANTS DES SOINS							
				DEBUT D'EXECUTION							
				FIN D'EXECUTION							
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> B </td> </tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		D	G	00000000 00000000 35533411 11433553		B
	H 25533412 21433552 00000000 00000000										
	D	G									
	00000000 00000000 35533411 11433553										
	B										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION															

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

20/4/2022

الدار، ضياء، في

195,00 X3

M⁵ ABOULKABILA Abdou

1^o Exforge 5/80mg ep (N^o3)

1 ep 1 j le matin pdt 03 m

2^o Zyloric 200mg ep (N^o3)

1 ep 1 j le soir pdt 03 m

3^o Celestil 16mg ep (N^o3)

1 ep x 3 1 j pdt 01 m

4^o Vitamine C 1000mg ep

1 ep eff 1 j le mat

5^o Spasfon Lyoc ep 8

à 2 ep x 3 1 j si douleurs

6^o Wedes 20mg ep

7^o Argel x 2 1 j pdt 01 m

8^o Dure forte amp buv (N^o1)

2 semaines



6118001030583

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

PHARMACIE FLOU
Dr. ZIAD Mounir
Réglementation Médicale
Sidi Maârouf - Cas
Tél-Fax : 0522 32 32

LOT: 211104
EXP: 04/2025
PPV: 31,30

PPV: 49,60 DH
LOT: 17L02/B
EXP: 12/2022

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

LOT: 211147
PER: 04-2024
PPV: 140,00 DH

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

Email : drothmantazi@gmail.com - Tél.: 05 22 23 49 13 / الهاتف / Urgences : 06 61 30 23 00 - مستعجلات

8° Fucithalmic gel ophtalmique
 37-20 1 app x 2 à 31 j dans chaque oeil ptt 7 jours



Dr TAZI OTUMAN LAHOUSSEINE
 Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris
 Médecine Générale
 Cardiologie - PCO
 Neurologie - V. Ponton d'Amé
 Tél: 05 22 23 49 13 Com
 19 31 19 00

125.40

PHARMACIE FLORIDA
 Lotissement Floride - Casa 281
 Sidi M'barek - Casablanca
 Tél-Fax : 0522 32 19 59

611800103058 3
EXFORGE ○
 5mg/80mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 195,00 DH

611800103058 3
EXFORGE ○
 5mg/80mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 195,00 DH

LECTIL*16 mg ☒
 Bétahistine (dichlorhydrate)
 30 Comprimés sécables
 PROMOPHARM S.A.
 6 118000 240471

LECTIL*16 mg ☒
 Bétahistine (dichlorhydrate)
 30 Comprimés sécables
 PROMOPHARM S.A.
 6 118000 240471

LECTIL*16 mg ☒
 Bétahistine (dichlorhydrate)
 30 Comprimés sécables
 PROMOPHARM S.A.
 6 118000 240471

Vitamine C 1000 mg
 10 Comprimés effervescents

Vitamine C 1000 mg
 10 Comprimés effervescents