

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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

25/03/11

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022960

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **04802**

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHOUAIBI MOSTAPHA**

Date de naissance : **21/03/1959**

Adresse : **Abituelle**

Tél. : **06484199371** Total des frais engagés : **701,50** Dhs

Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/04/2011**

Nom et prénom du malade : **CHOUAIBI KHADIS** Age : **53**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **maladie physique et physique**

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**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **14/04/2011**

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0022960

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **04802**

Nom de l'adhérent(e) : **CHOUAIBI**

Total des frais engagés : **701,50**

Date de dépôt : **14/04/2011**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Les des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1/4/2025	CS	1	3.000,-	 Dr. Anne-Marie TOURAILLE Spécialiste en Médecine et Médecine d'Unité Et-Annuaire TOURAILLE Centre des Hôpitaux

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>SAHN</i> <i>Zataf Haf Al-Wala Al-Imam</i> <i>10/04/2020</i>	<i>10/04/20</i>	<i>40.1.50</i>

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ORL.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the center and 8 at the corners. A vertical axis labeled 'H' points upwards, a horizontal axis labeled 'D' points to the left, and a diagonal axis labeled 'B' points downwards and to the right. The teeth are represented by circles with numbers, and the arches are shown as lines connecting the centers of the teeth.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Amine DASSOULI

Spécialiste

En Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris V
D.U d'Appareillage des Handicapés Moteurs-Paris V



الدكتور أمين الدسوقي

إختصاصي

في الطب الفيزيائي والترويض والتأهيل الوظيفي
خريج كلية الطب بباريس

شهادة الجامعية في تركيب الأعضاء الإصطناعية
والتجهيزات الخاصة بالأشخاص المعاقين بدنيا

آلام الظهر، آلام العظام والمفاصيل، ترويض الجهاز العصبي
الالتقديم البيدوي للعظام، الطب الرياضي، الحقن تحت الصدري

Mal de Dos, Sciatique, Douleurs os et articulations, Neurorééducation
Ostéopathie, Médecine du sport, Echographie interventionnelle

le : 10/04/2022

Nom : CHOUAIBI حمادحة

30, س

1) Doltham

1 app x 3
+ 14 ml fl



Bat. no... p./PPV 94 uns 00

90, س

2) Myoflex

1 app x 2



75, س

3) Alges Relaxant

1 gel x 3



198, س

4) Nociceptol

1 app x 3



401, س

Dr. Fatima SAHNOOUN

Dr. Amine DASSOULI

Spécialiste
en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle
182 Bd Anoual TOUR ANOUAL - Etagé N°3
182 Bd Anoual TOUR ANOUAL Casablanca
Quartier des Hôpitaux Capitale

3 gélules par jour à prendre pour une meilleure assise

LOT 11972 08/2021 PPC 79,50

4, Rue Al Oukhouane, Beauséjour
20200 - Casablanca, Maroc

lotissement 43

PVC: 198,00 DH

182, Bd .Anoual «TOUR ANOUAL» 1^{er} Etagé N°3

182. شارع أنوال «برج أنوال» رقم 3 الطابق الأول

البيضاء . الهاتف : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19

Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tel. : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19

E-mail : dassouli@menara.ma Urgences : 06 61 07 33 59

البيضاء . الهاتف : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19

مستعجلات