

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

Consignes 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, radiations multiples, parodontologie 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.
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.
Prothèse 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

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



regu par mail
Déclaration de Maladie
 an atteste
 N° P19- 068331

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **28722**

Matricule : 2898 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TANICI ABDEL MOUNTAIN

Date de naissance : 12-02-1946

Adresse : Résidence AL Firdaws - V. Bd 22 / Rte d'Agoum - 2230 - CASABLANCA

Tél. : 0661 092345 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

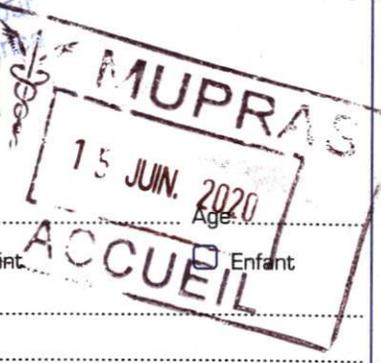
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Le : 22/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
28/02/2020	C.S.		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/2/2020	753,50

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
		AM	PC	IM	IV	

14,80

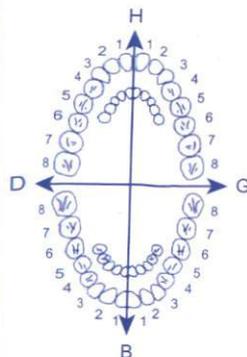
35,30

SYNTHEMEDIC
 rue souley brou al souam roches
 118001
 EXIUM
 14
 14
 DMP/21ARQ P.P.V: 123.60.04
 118001 020607

prises en cas de prothèses

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION



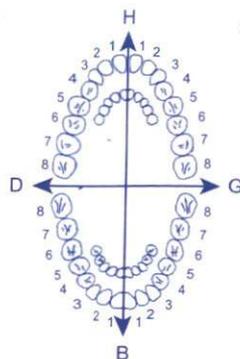
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

صوليفيكار® 10 ملغ

سوليفيكار 10mg

LOT: BSB390039
 PER: 101 2021
 30 قرصين طبيه



Docteur Adil OUZZANE

Chirurgien Urologue - Andrologue



الدكتور عادل وزان

أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية

أستاذ باحث سابقا في كلية الطب

بليل (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية

بالمستشفى الجامعي بليل

عضو رسمي في الجمعية الفرنسية و الأوربية

لجراحة المسالك البولية

Ex. Professeur associé à la faculté
de médecine de Lille (France)
Ancien Chef de Clinique et Praticien
Hospitalier au CHU de Lille
Membre des Associations Française
et Européenne d'Urologie

Le 28/02/2020

Dr TADLI Abdelmouneim

(S.V)

1) Doliprane 1000 mg 1cp x 3/j (3 boîtes)

(S.V)

2) Spasfon 800mg 2cp x 3/j (3 boîtes)

(S.V)

3) Ditropan 5mg 1/2 cp x 4/j (2 boîtes)

(S.V)

4) Dolobip (1 boîte) 2cp/j

(S.V)

5) Blufin (1 boîte) 2cp/j

(S.V)

6) Zhexan (1 boîte) 1cp/j

Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd. Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca

PHARMACIE BADIA
EQ 3 Zone 3, Route d'Azemour
Dar Bouazza - Casablanca

(S.V)

7) Solficaine long (2b) 1cp/j

Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd. Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca

22, Bd Yacoub El Mansour (5^{ème} étage) Bureau N°42, Mâarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق 5, المكتب 42 - المعاريف الدار البيضاء

Tél : 05 22 23 84 73 - E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma



PHARMACIE BADIA

EQ3,zone: 3 route d 'azemmour,CASABLANCA

R.C :39005

Patente:35631136

T.V.A :

C.N.S.S:6719530

Tél :0522. 91. 38 .73

Le 28/02/2020

FACTURE N°226119

N° ICE : 001840314000063

MR TADILI ABDELMOUNAIM

N° IF : 25082533

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	SPASFON COMPRIMES	27,50	82,50	5,40	7,00
2	DITROPAN B/60 COMPRIMES	66,30	132,60	8,67	7,00
1	BRUFEN CO 400MG 30U	35,30	35,30	2,31	7,00
1	INEXIUM CO 20MG 14U GR	92,60	92,60	6,06	7,00
2	SOLFICAR 10/30	180,00	360,00	23,55	7,00
1	DOLOSTOP 500MG	14,50	14,50	0,95	7,00
3	DOLIPRANE CO 1G 10U	14,00	42,00	2,75	7,00

PHARMACIE BADIA
EQ 3 Zone 3 Route d'Azemmour
Dar Bouazza - Casablanca

TOTAL T.T.C :

759,50

Nbr Articlès	TVA 7% Base :	759,50	Montant :	49,69	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Cinquante Neuf Dirhams et 50 centimes.