

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.

Éducation :

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

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- 064036

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société : 47120

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TADUZI AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 65931833 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064036

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 Montant des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G		
H														
25533412	21433552													
D 00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
G														
	(Création, Remont, adjonction)													
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-396673	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	

Durée de validité de cette feuille est de (3) mois
 Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-396673

DATE DE DEPOT

06/10/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	1839
Nom & Prénom		TAOLIZI - AHMED	
Fonction		RETRAITE	
Phones		06.65.23.128	
Mail			

MEDECIN		Prénom du patient		ahmed Taouzi	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age	Date	
Nature de la maladie				Date 1ère visite	
Douleur Daus la baine					
S'agit-il d'un accident Causes et circonstances					
Nature des soins	Nbre de Consultations	Montant détaillé des honoraires			
CSCU		Calcul			

PHARMACIE		Date	28-10-20
Montant de la facture		37,00	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Fch 0232	400,00 DH		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date	
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

Pharmacie de SOUS
 Mme SOUMANE Souad
 Pharmacie
 5, Rue de France - TANGER
 Tél 05 39 93 64 24

DR. SEDRAOULAI
 Echographie Générale
 7, Rue de Mexique
 Tél. 05 39 93 68 92 - Tanger

Dr. SEDRAOUI ALI
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICAL
MAMMAIRE & THYROIDIEN
7, Rue de Mexique, 2^{ème} Etage, TANGER
TEL : 05.39.93.68.92

الدكتور السدراوي علي
عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية
البطن - أمراض النساء و الولادة - الثدي - الغدة الدرقية
7، شارع المكسيك، الطابق الثاني، طنجة
الهاتف : 05 39 93 68 92

27-10-20

Mr. Ahmed Taouzi.

1) Duaxal. 37.00

1 cp x 2 a 31

صيدلية جباريس
Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacie
7, Rue de Mexique - TANGER
Tél 05 39 93 64 24

DR. SEDRAOUI ALI
Echographie Générale
السيد السدراوي علي
الطباعة فوق الصوتية
Tanger - 0539 93 68 92
Tél.

DUOXOL 500mg/2mg

20 comprimés



6 118000 1120735



باراسيتامول / ثيوكولشيكيوزيد

500 ملغ / 2 ملغ
عن طريق الفم

بوليمديك

علبة من 20 قرصا

Mode d'administration et posologie :

Voie orale.

Se conformer à la prescription médicale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation

AMM N° : 189DMP/21/NNP

طريقة الاستعمال و الوصفة :

عن طريق الفم.

يجب الامتثال للوصفة الطبية.

لا يترك في متناول الأطفال.

يخزن في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.

يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال.



Respecter les doses prescrites

LISTE I

Uniquement sur ordonnance

DUOXOL

Paracétamol / Thiocolchicoside

500mg/2mg

Voie orale

Boîte de 20 comprimés

POLYMÉDIC

علبة من 20 قرصا
500mg/2mg
DUOXOL

Dr. SEDRAOUI ALI
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICAL
MAMMAIRE & THYROIDIEN
7, Rue de Mexique, 2^{ème} Etage, TANGER
TEL : 05.39.93.68.92

الدكتور السدراوي علي
عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية
البطن - أمراض النساء و الولادة - الثدي - الغدة الدرقية
7, شارع المكسيك، الطابق الثاني، طنجة
الهاتف : 05 39 93 68 92

Tanger 028/10/2020

M. TAOUZI AHMED

Echotomographie

Abdomino - pelvienne

Dr. SEDRAOUI Ali
Echographie Générale
7, Rue de Mexique
Tel. 0539 93 68 92 - Tanger

Dr. SEDRAOUI ALI
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICAL
MAMMAIRE & THYROIDIEN
7, Rue de Mexique, 2^{ème} Etage, TANGER
TEL : 05.39.93.68.92

الدكتور السدراوي علي
عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية
البطن - أمراض النساء و الولادة - الثدي - الغدة الدرقية
7، شارع المكسيك، الطابق الثاني، طنجة
الهاتف : 05 39 93 68 92

Tanger le 28/10/2020

Mr(Mme) TAOUZI AHMED

NOTE D'HONORAIRE

Monsieur, j'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraire

De Quatre Cent Dirhams
(400,00 DH)
pour Echotomographie
Abdomino. pelvienne

Dr. SEDRAOUI ALI
Echographie Générale
7, Rue de Mexique
Tél: 0539 93 68 92 - Tanger

Dr. SEDRAOUI ALI
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICAL
MAMMAIRE & THYROIDIEN
7, Rue de Mexique, 2^{ème} Etage, TANGER
TEL : 05.39.93.68.92

الدكتور السدراوي علي
عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية
البطن - أمراض النساء و الولادة - الثدي - الغدة الدرقية
7، شارع المكسيك، الطابق الثاني، طنجة
الهاتف : 05 39 93 68 92

28/10/2020

TAOUZI AHMED

FOIE : - Contour régulier
- Parenchyme d'écho structure homogène

VESICULE BILIAIRE :

- Paroi non épaissie
- Absence de calculs

VOIE BILIAIRE PRINCIPALE :

- Calibre 1 mm

VEINE PORTE : - Calibre 11 mm

PANCREAS : - Homogène

REIN DROIT : - Bon rapport entre sinus et zone pyelo vasculaire

REIN GAUCHE : - Cortex régulier

RATE : - Taille normale

VESSIE : - Paroi non épaissie

PROSTATE : - Contour régulier
- Taille 36 x 49 x 41 mm (Poids 38 g)

CONCLUSION/

- * Abdomen météorisé
- * Exploration hépato biliaire et rénale normale
- * Sinus costo diaphragmatique droit et gauche libre .

TA : 15/8

Dr. BENNIS MOHAMED
Médecin Généraliste
Tél. 06 19 12 63 58 - Tanger

