

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 049084

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7913

Société : 54868

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAHRI MOHAMMED

Date de naissance : 01-07-1943

Adresse : 10653 - App 4 - B2 BOULEVARD - CASA

Tél. : 022472438

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age : 78

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie MOHAMED EL ABOUD DENTISTE 0977109921 17 Rue Regrada Bourgogne Casablanca - Tél : 05 22 29 21 21 - 05 22 29 42 27 | 07/01/2021 | 2577,80 |
| PARAPHARMACIE 0710110921 17 Rue Regrada Bourgogne Casablanca - Tél : 05 22 29 21 21 - 05 22 29 42 27 | 07/01/2021 | 410,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

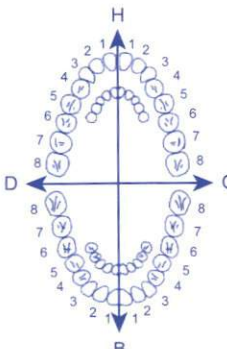
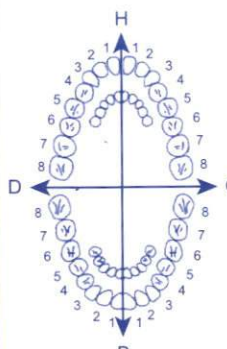
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---|---|------------------|-------------|---|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور التازي محمد

شواهد جامعية في
مرض السكري ، الحماية الطبية
علاج الألم ، الفحص بالصدى
طب العمل و الطب الشرعي
الطب العام ، خبير محلف

بسم الله الرحمن الرحيم

Omnipraticien
de Travail & Médecine Légale
diplômes Universitaires en
Généraliste, Diététique Médicale (Obésité)
Echographie
Traitement des Douleurs
Expert Assermenté

Casablanca le : 07/01/2021

الدار البيضاء، في :

Mr OUAHRI Mohamed

COVERAM 10/10

1 cp / jour 3 mois

NOVOMIX 30 flexpen 2 btes de 5

36 unités matin 28 U soir 3 mois

GLUCOPHAGE 500 mg ,

1 comp x 2 / j en milieu repas 3 mois

LASILIX 4 btes

1 cp matin 3 mois

LD NOR 10 mg

1 cp / jour 3 mois

AC digest

1 gel midi et soir



الدكتور التازي محمد
Docteur TAZI M. Mohammed
175, Rue Boukras - Casablanca
Tél: 05 22 26 00 87

أوردة نوبل Certifier l'Aptitude pour le permis de Conduire

LOT : 201335
PER: 05 2024

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH



LOT : 201335
PER: 05 2024

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LOT : 201335
PER: 05 2024

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LOT : 201335
PER: 05 2024

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LOT : 201335
UT AV : 09/2023
PPV : 57,80DH

LOT : 201335
UT AV : 09/2023
PPV : 57,80DH

LOT : 201335
UT AV : 09/2023
PPV : 57,80DH

LOT : 201335
UT AV : 09/2023
PPV : 57,80DH

LOT N°:

LOT N°:

LOT N°:

LOT N°:

P.P. P.P.C
59,00 DHS
59,00

294,00

294,00

294,00

27,80

27,80

3 x 294,00

2 x 158,00

5 x 20,80

4 x 34,160

3 x 57,80

2 x 59,00

2577,80

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH

6 118001 121298

6 118001 121298

8-9674-73-270-1

6 118001 121298

8-9674-73-270-1

Docteur Mhammed TAZI

الدكتور التازي محمد

Omnipraticien

Médecine de Travail & Médecine Légale

Diplômes Universitaires en

Diabétologie, Diététique Médicale (Obésité)

Echographie

Traitement des Douleurs

Expert Assermenté

شواهد جامعية في

مرض السكري ، الحمية الطبية

علاج الألم ، الفحص بالصدى

طب العمل و الطب الشرعي

الطب العام ، خبير محلف

بسم الله الرحمن الرحيم

Casablanca le : 07/01/2021

الدار البيضاء، في :

Mr OUAHRI Mohamed

Bandellettes glycémie

1 prise x 3/ jour

Lancettes , 2 btes

Aiguilles pour stylo à insuline 2 btes

الدكتور تازي محمد
Docteur TAZI Mhammed
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél: 05 22 26 00 87

أطبيب معتمد للإدلاء بشهادات الأهلية الطبية للسياسة Agrée pour Certifier l'Aptitude pour le permis de Conduire

175, Rue Boukraa - Casablanca الدار البيضاء - زنقة بوكراع

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

e-mail : drtazimd@yahoo.fr

Biosoin Parapharmacie

17 Rue Regragua Bourgogne

Casablanca

Tel : 0522294227

ICE : 000030219000051

RC : 214583

IF : 1113898

Casablanca le 07/01/2021

FACTURE N°:003

Mr. OUAHRI Mohamed

| Produit | Prix Unitaire | Quantité | Totale |
|------------------------|---------------|----------|--------|
| Aiguilles | | | |
| Microfine 8 mm | 130 | 2 | 260,00 |
| Bandelettes | | | |
| Contour Plus 25 | 150 | 1 | 150,00 |
| Total | | | 410,00 |

BIO SOIN SARI
PARAPHARMACIE
17 Rue Regragua Bourgogne
Casablanca - Tél: 0522 29 42 27