

## 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

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° W21-688888

My coupon!

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1922

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELAIZIZ MOHAMMED

Date de naissance : 01/06/1952

Adresse : HAY AZZAR IMM FATHY AVENUE 16N KHAIRI

Tél. : 0535 608347

Total des frais engagés :

155,30

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/07/2022

Nom et prénom du malade : Mr El Azziz i Mohammed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA grade II

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

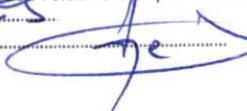
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Fès

Le : 10/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-688888

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Nom de l'adhérent(e) : ELAIZIZ

ELAIZIZ

155,30

Total des frais engagés :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12 OCT 2002	C <sub>2</sub>		6	INP : 1160107103515 Dr. SAAD CARDIOMEDICAL 15, AV. LÉOPOLD MARSHAL TEL: 05.35.65.33.92 GSM: 06.61.14.03.15

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KORACI SARL-AUZERAT	12/10/02	125,30 DH

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
12/10/02			1		300	

VOLET ADHERENT

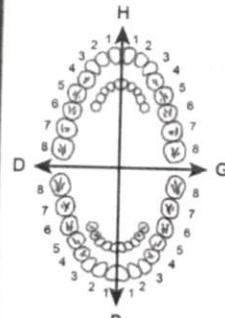
les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

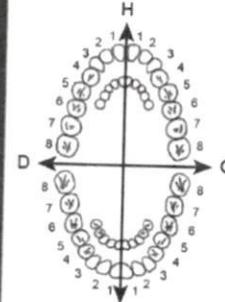
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

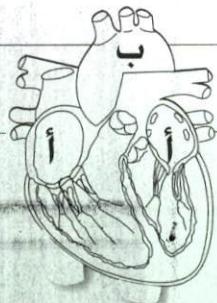
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



# الدكتور سعد بنونة

**Docteur Saâd BENNOUNA**

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen  
Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). محاضر في فحص القلب بالصدى والدوبلر  
ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملتحق سابقاً بالمستشفى العسكري العسكري محمد الخامس  
Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)  
Explorations Cardiovasculaires.

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebââ Casablanca  
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml  
sol Inj b1  
P.P.V : 125,30 DH  
5 118001 082247

12/10/2022

Mr EL AZAIZI MOHAMMED

125,30  
VAXIGRIP TETRA



1 dose

NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

125,30

Dr. SANAA BENSOUDI - ORGACI  
Le PHARMACIE AL KORACHI  
SARL - AL  
RTE AIN AL KHATERB, HA  
TÉL : 05 35 74 84  
TÉL : 05 35 74 84

Dr. SAâD BENNOUNA  
CARDIOLOGY  
15, Av. Lalla Mariam - FES  
Tel: 05.35.65.33.92 - 05.35.61.14.85.35