

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
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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° M21- 071628

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2758 Société : 275521
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN SALAH EL MAATI
 Date de naissance : 25/09/1968
 Adresse : 36 Rue Inham Alloua Atlas
 Casablanca Bourgogne
 Tél. : 0665686897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/06/2023
 Nom et prénom du malade : BEN SALAH EL MAATI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection digestive
 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 : 24/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 24/6/23 | G | | 300,00 | <p> Dr. Abdelhak BOUZAK REPARATEUR D'ENTROLOGUE 28 Rue Mohammed VI - Casablanca Tel: 05 22 94 33 32 / 33 INRA 091209239 </p> |
| 28/7/23 | C | | 6 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourgon | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| <p> PHARMACIE MARINA SOFIA KOUMENI 28 Rue Mohammed VI - Casablanca Tel: 05 22 94 33 32 / 33 INRA 091209239 </p> | 24/6/2023 | 232,50 |
| | 28/7/23 | 132,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

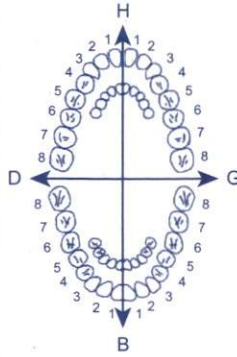
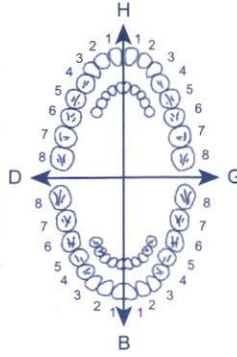
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhak BOUZIANE

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Diplômé de l'Université d'Angers

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Proctologie

Ex attaché à l'hôpital Universitaire
d'Angers (France)

الدكتور عبد الحق بوزيان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج جامعة أنجي بفرنسا

الكشف بالأشعاع الداخلي

التشخيص بالأمواج الصوتية

طبيب ملحق سابقا بالمستشفى

الجامعي أنجي (فرنسا)

Casablanca, le 28/7/23 الدار البيضاء في

Mr. BENSAÏAH EL NAAT:

Mr. 60

Dobirene

1/



Mr. 30/1/

Mr. 60

Erte



PHARMACIE NICE
1, Av. Nice Résidence Bourdig
RD Mg. N° 3, Bourgogne
Casablanca
Tél : 05 22 94 93 39

Mr. 30/1/

Mr. 60
Dobirene

1/

283 شارع محمد الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 94 32 32 / 33

283, Bd. Mohamed Zerkoutouni - Casablanca - Tél.: 0522 94 32 32 / 33

E-mail : dr.bouzianeabdelhak8@gmail.com

Ice 001751858000041

Docteur Abdelhak BOUZIANE

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Diplômé de l'Université d'Angers

Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale
Proctologie

Ex attaché à l'hôpital Universitaire
d'Angers (France)

الدكتور عبد الحق بوزيان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج جامعة أنجي بفرنسا

الكشف بالأشعاع الداخلي
التشخيص بالأمواج الصوتية
طبيب ملحق سابقا بالمستشفى
الجامعي أنجي (فرنسا)

Casablanca, le 24/6/23. الدار البيضاء في

HARMACIE MARINA
SOFIA KOUHEN
54, Rue Mohammed V (Ex Taravo)
BourBoghe - Casablanca
Tél : 94 24.39

64.50

HARMACIE MARINA
SOFIA KOUHEN
54, Rue Mohammed V (Ex Taravo)
BourBoghe - Casablanca
Tél : 94 24.39

71.40

232.50

EL. NAATI

Indo 25

15 32/1 185 21

82.10

20

20

20

15 32/1

20

20

20

283 شارع محمد الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 94 32 32 / 33

283, Bd . Mohamed Zerkoutouni - Casablanca - Tél.: 0522 94 32 32 / 33

E-mail : dr.bouzianeabdelhak8@gmail.com

Ice 001751858000041



HARMACIE MARINA
SOFIA KOUHEN
54, Rue Mohammed V (Ex Taravo)
BourBoghe - Casablanca
Tél : 94 24.39

الدكتور عبد الحق بوزيان
Docteur Abdelhak BOUZIANE
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
283, Bd Mohamed ZERKTOUNI
Casablanca - Tél: 05 22 94 32 32 / 33
091209239

Composition :

Lactulose 10 g

Sous forme de lactulose liquide.

Pour un sachet de 15 ml.

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est indiqué dans le traitement sy

Il peut également être prescrit dans le traitement

Voie orale.

Lire attentivement la notice.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DE

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.



LOT : 5980
PER : 12/25
PPV : 82DH10

 **Abbott**

Fabriqué sous licence par :

Maphar. Km 10, Route côtière 111,

Ql-Zenata, Aïn Sebaâ, Casablanca.

Composition :

Lactulose

Sous forme de lactu

Pour un sachet de 1

Indications thérape

Ce médicament est

Il peut également être prescrit dans le traitement de l'encep

Voie orale.

Lire attentivement la notice.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.



Abbott

Fabriqué sous licence par :
Maphar. Km 10, Route côtière 111,
QI-Zenata, Aïn Sebaâ, Casablanca.

PPU 64DH50
EXP 03/2025
LOT 24016 2
DI-INDO® 25 mg
30 comprimés dispersibles



14h50
EXP :
LOT N° :

LOT: 24786
PER: 02-200
PPV: 46DH00