

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie
N° P19-0030782

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2440 Société : 278799

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOU ZIDOUNE Mohamed

Date de naissance : 5/12/81

Adresse : AD

Tél. 0678285695 Total des frais engagés 1401,300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 OCT. 2023

Nom et prénom du malade : M. BOU ZIDOUNE Mohamed

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : I. Coronarienne, HTA chronique

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 : 13/10/2023

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
	C	2	300114	091130732
	Etc			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/23	1681.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

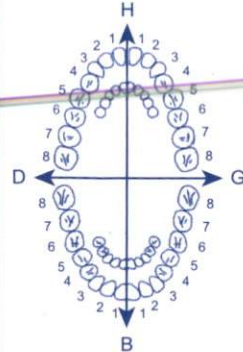
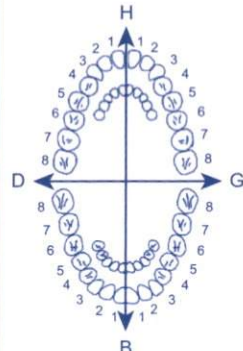
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

09 OCT. 2023

M. Bouziane Mohamed
- Paracetamol 750 - 100 316,00 x 2
- Nurofen 1600 159,50 x 3
- Aspirin 100 12,5 1
- Zyloric 200 - 100 31,30 x 3
- Rosart 10 - 100 147,10 x 3
- Kalcipon 160 35,70
- Traitement de base

PHARMACIE SOUFIANE - الد. م. اسوالي
Généraliste - N° 23/25
El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 89 09 63
ICE : 000500246000025
Docteur SOUALY M.
Cardiologue
Rue d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane
Communal N° 10 - 1er Etage H. Hassani

Sur Rendez-vous

T = 1687,40

بالموعد

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B

N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38

119,10

PPV: 147DH10
PER: 07/25
LOT: M2382-1

PPV: 147DH10
PER: 07/25
LOT: M2382-1

119,10

PPV: 147DH10
PER: 07/25
LOT: M2382-1

Sanofi-aventis Maroc 
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg , cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257 

119,10

Sanofi-aventis Maroc 
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg , cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257 

LOT 231387
EXP 04 2027
PPV 31.30

LOT: 231387
PER: 01/2025

KARDECIG 160MG
SACHETS 830 

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189 

LOT 231387
EXP 04 2027
PPV 31.30

LOT 231387
EXP 04 2027
PPV 31.30

Nom: BOUZIDOUNE MOHAMED

Date de naissance: 12/05/1951

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: .325252

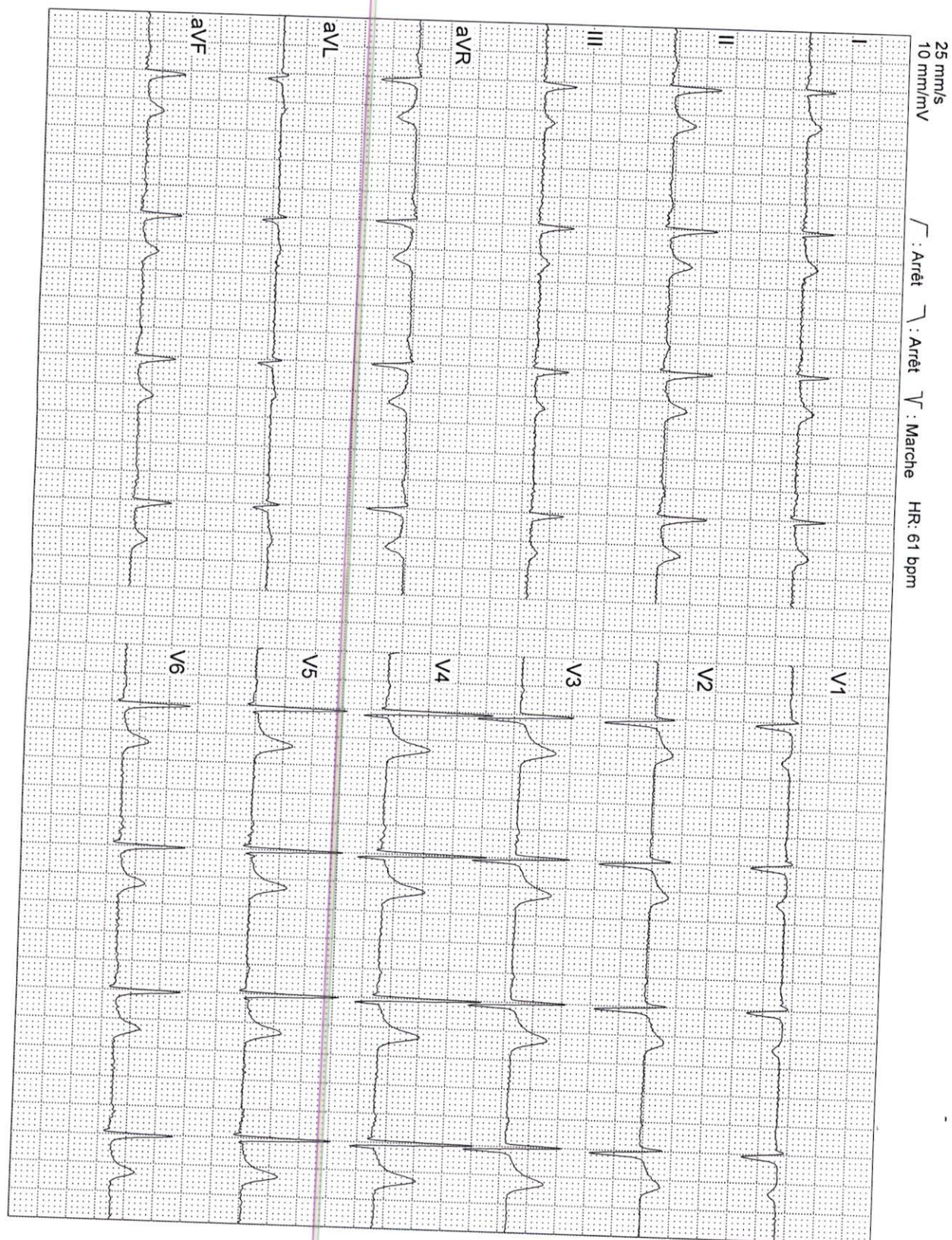
Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 09/10/2023 10:13:28

1/1



Nom: BOUZIDOUNE MOHAMED

Date de naissance: 12/05/1951

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: .325252

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 09/10/2023 10:12:28

1/1

