

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

- Reclamation : 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.

M23-0026072

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	2440	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Bouaziz ZOUNE MOHAMED	
Date de naissance :		5/12/51	
Adresse :		AS	
Tél. :		0678285694	Total des frais engagés : 1245,80 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	24 JAN 2024		
Nom et prénom du malade :	Mr BOUAZIZ ZOUNE MOHAMED		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ICLAMANT, HTA, diaphine		
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 : 21/01/24

Signature de l'adhérent(e) :




10 JAN 2024


ACCIDENT


S =

RELEVE 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
JAN. 2024	C	+ 2 ETU	300.00 AF	091130132 Docteur SOUALY . M

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SOUFIANE Groupe K Rue 134 N° 25/25 EL Oued - Casablanca Tel : 05 22 89 09 63 Tél : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026	04/10/11/26	 PHARMACIE SOUFIANE Groupe K Rue 134 N° 25/25 EL Oued - Casablanca Tel : 05 22 89 09 63 Tél : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIARIES MEDICALES

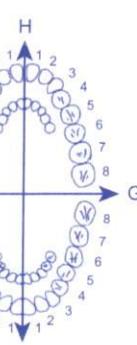
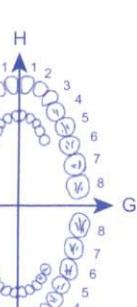
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. SOUALY
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي
اختصاصية في أمراض القلب
خريجة جامعة باريس

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

Casablanca, le

04 JAN. 2024

M² BOUZIDOUANE M. El Ounssi ,

159,50 x 3

- Biphteraux 10 x 1/2 g en la

87,50 x 2

- Nabil

35,70 x 3

- Kardexic

147,10 x 3

R 2 A 7

- 2 ment

1 rachetement de 300 g

1/2 g

1/2 g

10 x 1/2 g

MS

31,30 x 3

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K Rue 154 N° 23/25
El Oulfa - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 09 63

T = 1295,80

Sur Rendez-vous

بالموعد

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K Rue 154 N° 23/25
El Oulfa - Casablanca
Tel.: 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

Docteur SOUALY . N.
Cardiologue
Angle Rts. d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane
Immeuble Communal N° 10 - 1er Etage H. Hassan
Casablanca - Tél. : 0522 91 31 38

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

N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38

KARDEGIC 150MG
SACHETS B30

P.P.V :35DH70



6 118001 081189

PPV:147DH10
PER:09/25
LOT:M2994-2

1C910

KARDEGIC 150MG
SACHETS B30

P.P.V :35DH70



6 118001 081189

PPV:147DH10
PER:09/25
LOT:M2994-2

1C910

KARDEGIC 150MG
SACHETS B30

P.P.V :35DH70



6 118001 081189

PPV:147DH10
PER:09/25
LOT:M2994-2

1C910

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

V140977/01

LOT 231792
EXP 05 2027
PPV 31.30

LOT 231792
EXP 05 2027
PPV 31.30

LOT 231792
EXP 05 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: 04/01/2024 09:45:30

1/1

