

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-486423

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>16437</b>			
Matricule : <b>3102</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>CHAHD BA SIDI</b>			
Date de naissance : <b>01/01/1946</b>			
Adresse : <b>Rue 85 N° 33 ouffa Castallanca</b>			
Tél. : <b>0673551862</b>	Total des frais engagés : <b>910,70</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
 <b>Docteur SOUALY . M</b> <i>Cardiologue</i> 1060 Rue d'Azemmour & Bd. Beldi Abderrahman 1060 Casablanca N°10-14 <sup>e</sup> Etage H. Hassan Téléphone : Tél : 0522 91 31 38			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>M. CHAHID BASIDI Bam</b> Age :			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>H.I.A</b>			
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 : **CASABLANCA** Signature de l'adhérent(e) : **CHAHD BA SIDI**  
 Le : **09/12/2019**



## 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
09 DEC 2019	C	2	250 Dhs	INP : 091130732
	+ Elv			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Abd BOUZIANE MARTIN</b> <b>PHARMACIE AL MOLMANE</b> <b>LAHLALFA - DAR BOUADA</b> <b>DAR BOUADA - 54</b> <b>02-31-12-22-19</b>	9/12/2019	660,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

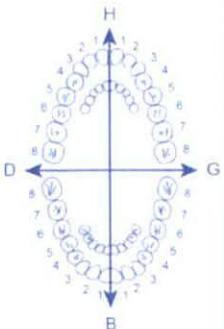
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



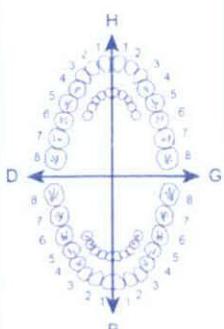
INP : 091130732



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

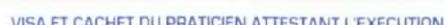
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

#### Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

Docteur M. SOUALY  
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي

LOT: 190142  
PER: 01-22  
PPV: 120,00DH

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique

Casablanca, le .....

09 DEC. 2019

M<sup>2</sup> CHAHID BASSIDI

120,00 x 3 = 360,00

- I CARD 1500

75,20 x 4 = 300,80

- Amor 150 - 150 1

Traiterent de 3r

660,80

Dr. BOUJANNI WARTINI  
PHARMACIE LAHLAFA BOUJANNI  
DAN BOUJANNI KOUCHA  
Tél: 02 52 54 02 19  
02 52 54 06 01

دكتورة اسوالي  
Dr. SOUALY M.  
Cardiologue  
Angle Rte. d'Azemmou & Bd. Sidi Abderrahmane  
n<sup>o</sup> 10 1<sup>er</sup> Etage Hay hassani - Casablanca  
Tél: 0522 91 31 38

LOT 190838  
EXP 05/2022  
PPV 75.20DH

LOT 190838  
EXP 05/2022  
PPV 75.20DH

LOT 190838  
EXP 05/2022  
PPV 75.20DH

Sur Rendez-vous

الموعد

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

N<sup>o</sup> 10 1<sup>er</sup> Etage Hay hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

Nom: CHAHID BASIDI

Identifiant: 865N°3

1/1

Date de naissance: 01/01/1946

Médecin: CARDIO SOUALY M

Sexe: Masculin

Raison sociale:

Poids: -

Téléphone:

Taille: -

Temps d'enregistrement: 09/12/2019 09:30:29

