

## **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

- 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.



ND: 25660

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0017578

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2745</u>	Société : <u>/</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Pauline Rachelle</u>	Date de naissance : <u>01.01.1943</u>		
Adresse : <u>147 Solférino</u>	<u>N°38 B</u>		
Télé. : <u>022 70 57 16</u>	Total des frais engagés : <u>500,00</u>	Dhs	

Cadre réservé au Médecin	<b>1 = 1300,00 NF</b>
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	02/04/2020
Nom et prénom du malade :	Tahil El Mafa
Age :	60
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA sévère, hypertension
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Dyslipidémie
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 : Paris le 27 / 04 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : 

*Scutellaria* L. (Labiatae) is a genus of about 300 species distributed throughout the world.

# 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
02/04/2020	03/04/2020	(J-e EO)	300	<i>[Signature]</i>
03/04/2020	Echographie du cœur		100	<i>[Signature]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> Pharmacie La Plaine Sidi Moumen - Casablanca Tél.: 03 22 70 16 39 ICE: 00163-163009023	03/04/2020	569,60

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

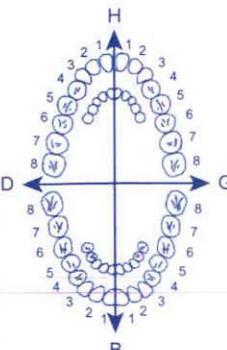
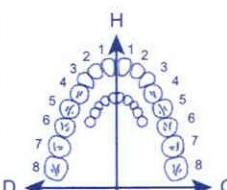
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
(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 Imane ZOUIR

## CARDIOLOGUE

Ancienne Interne du CHU de Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Bordeaux

DIU des Explorations Cardio-vasculaire de Bordeaux

(Holter ECG et Tensionnel, Epreuve d'Effort, Echo Doppler)



الدكتورة ليهان زوير

إختصاصية في أمراض القلب والشرايين  
طبية داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد  
طبية داخلية سابقاً بمستشفى بوردو  
حائزة على دبلوم الفحص بالصدى  
للقلب والشرايين ببوردو

دكتور زوير ٥٣١٤١٢٦٢  
Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في .....

PHARMACIE LA PLAGE  
Hay Rekbout - Rue 12 - N°53  
Sidi Mounen - Casablanca  
Tél.: 05 22 70 16 39  
ICE: 001633163000023

Dr Janif  
El Nasr MFA

P.P.V. 152DH00  
Distribué par PROMOPHARM S.A.

11- Iperiten 20 ms

152,00 1 nolin

104,60

21- sectral 400

104,60 1 nidi

104,60

31- TORNA 10+

54,80

LOT: 1086  
PER: 11/21  
PPU: 57,60 DH

Sar

37,00

104,60

41- dusox 1 500

37,00

Sar

37,00

104,60

560,60 1 cp nolin 6 jours

DOCTEUR ZOUIR IMANE  
MAGASIN DE MÉDECINE ET D'ACCESSOIRES  
ZOUIR IMANE DOCTOR

DOCTEUR ZOUIR IMANE  
MAGASIN DE MÉDECINE ET D'ACCESSOIRES  
ZOUIR IMANE DOCTOR  
Tél: 05 22 72 60 72

Groupe 4, Rue N° 11 - Immeuble N° 140 Hay Sadri - Sidi Othmane - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 72 60 72 / 08 08 36 77 67 - GSM : 06 72 04 98 08 - E-mail : izouir@yahoo.fr

**Docteur Imane ZOUIR  
CARDIOLOGUE**



Ancienne interne du CHU du Casablanca

Ancienne interne du CHU de Bordeaux

DIU des explorations cardio-vasculaire de Bordeaux  
(Holter ECG et Tensionnel , Epreuve d'Effort, Echo Doppler  
Couleur du Coeur et des Vaisseaux, Echo de Stress, ETO)

**الدكتورة إيمان زوير**

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى بوردو  
حائزة على دبلوم الفحص بالصدى  
للقلب و الشرايين ببوردو

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

**NOTE D' HONORAIRE**

**DATE :**

03/01/2022

**NOM :**

JANIL

**PRENOM :**

EL NADRA

**ORGANISME :**

- NUPRAS -

**NATURE DES PRESTATIONS :**

- CONSULTATION + ECG ( )
- ECHODOPPLER DU CŒUR
- HOLTER RYTHMIQUE 24H ( )

٢٥٠

- ECHODOPPLER VASCULAIRE ( )
- HOLTER TA 24H ( )

**TOTAL PAYE**

≠ nille dirhams ≠

DR. IMAINE ZOUIR  
DOCTEUR EN MEDICINE CARDIOLOGIQUE  
SPECIALISTE EN  
EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

