

RECOMMANDATIONS 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

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° P19- 051132

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10295 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUB BOUZZA

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : Bld 14 W of Hay Mohammadi

Hay Mohammadi Casablanca

Tél : 0662 394725 Total des frais engagés : 314,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Rachid SAIR

Cachet du médecin :

MEDECIN
73, Av. Colonel Akil Mlam 1er étage
(en dessus BMCE) Boumazel - Casablanca
Tél : 05 22 72 42 42

Date de consultation : 20/01/2020

Nom et prénom du malade : CHAOUB BOUZZA Age : 53

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

Nature de la maladie : Diabète 2

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 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-051132

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10295

Nom de l'adhérent(e) : CHAOUB BOUZZA

Total des frais engagés : 314,10

Date de dépôt :

RELEVÉS HONORAIRES

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		MONTANTS DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachid SAIR

OMNIPRATICIEN



الدكتور رشيد سائر

الطب العام

- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
- Echographie - ECG

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- جامعة مونتبلي - فرنسا
- دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
- جامعة مونتريال - كندا
- ارتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب و الشرايين
- طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي

casablanca le : 20 Mars 2020

الدار البيضاء في :



Mouassir A. Lep

Handwritten calculations and notes:

4200 x4 = 16800
28.00 x16 = 448.00
68.90 x3 = 206.70
150.40 x3 = 451.20
21.00 x3 = 63.00

Sum: 17747.90

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

68,90

68,90

68,90

150,40

LOT: 19154 PER: 11/2022
PPV: 21,00 DH

Dr.Rachid SAIR

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire de Diabetologie

université de Montpellier France

Diplôme en soins avancés en cardiologie

université de montréal-Canada

Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)

Echographie - ECG



الدكتور رشيد ساير

الطب العام

دبلوم جامعي في أمراض السكري

جامعة مونتولي - فرنسا

دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب

جامعة مونتريال - كندا

ارتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب و الشرايين

طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي

الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

Nom : علوي

Prénom : محمد

Date : 20 AVR 2020

ELECTROCARDIOGRAMME

Ala 767 12-2

20-Avr-2020 14:11:51

D-naiss:
57ans, FEM.

Fréq.Card: 68 BPM
Int PR: 153 ms
Dur.QRS: 82 ms
QT/QTc: 388/405 ms
Axes P-R-T: 60 67 29

RYTHME SINUSAL
SOUS DECALAGE DE ST LIMITE
ECG SUBNORMAL

Non confirmé

Dr 13/20

6-635

