

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-581491

65527

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

607

Société :

R A M

Actif

Personnel(e)

Autre

Nom & Prénom :

AIT M'HAMED AHMED

Date de naissance :

12/03/1944

Adresse :

HAÏSSALAM RUE MADYAK

Télé. :

TOUD STA N° 61

0694605386

Total des frais engagés : 300,44 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

09 MAR. 2021

Date de consultation :

AIT M'HAMED Kheyla Age: 76 ans

Docteur Hanane BOUGTIB

Cardiologue  
Cabinet de Cardiologie  
et d'Explorations Cardiologiques  
115, Avenue Oujda - 10000 Casablanca  
Tél. : 05 22 21 52 27 - Urg. : 06 51 23 56 56  
Fax : 00212 32 413

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

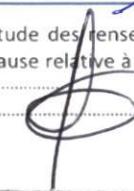
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 09/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
19 MAR. 2011	ESTECC		309,00	INP : BOUGTEB Hanane INPE : 091034413
<b>Docteur Hanane BOUGTEB</b> <i>Cabinet de Consultation et d'Explorations Clinico-Scoutures</i>				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

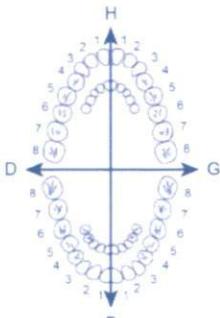
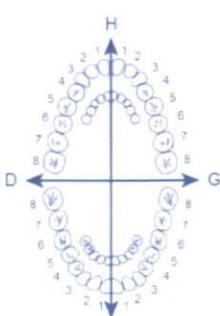
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## 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	INP : <input type="text"/>																				
					CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																							
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		35533411	11433553	00000000	00000000	B				CŒFFICIENT DES TRAVAUX  <input type="text"/>
H		G																							
25533412	21433552	00000000	00000000																						
D		G																							
35533411	11433553	00000000	00000000																						
B																									
					MONTANTS DES SOINS  <input type="text"/>																				
					DATE DU DEVIS  <input type="text"/>																				
					DATE DE L'EXECUTION  <input type="text"/>																				

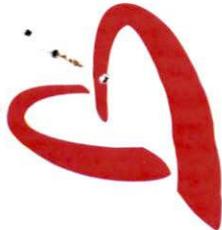
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BOUGTEB Hanane

Spécialiste en Pathologie  
Cardio-Vasculaire

Diplômée de la Faculté  
de Médecine Hassan II de Casablanca  
DIU d'Échocardiographie  
et d'épreuve d'effort  
Université de Bordeaux Segalen 2



الدكتورة بوعطوب حنان  
أخصائية في أمراض القلب  
والشرايين

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى  
وفحص الجهد وإعادة التأهيل  
القلب والأوعية بجامعة بوردو سينكلان 2

Casablanca le

09 mars 2021

Mme AIT M'HAMED KHADIJA

Régime peu salé

53100  
X 4

PRADAXA 110MG N°4



1 comprimé le matin un comprimé le soir pendant 3 Mois

8000  
X 4

ANGINIB 50MG/ 28CP N°4



1 Comprimé Matin pendant 3 mois

244490

PHARMACIE ARAUCARIA  
Bld. Dr. D. T. L. 13, Casablanca  
Tél. 05 22 36 13 05 / 05 22 39 61 05

Docteur Hanane Bouggeb  
1er étage Casablanca  
Tél. 05 22 53 27



115، إقامة أنوال أوفيس الطابق 1 الرقم 2 شارع أنوال حي المستشفيات الدار البيضاء

115, Anoual Office 1<sup>er</sup> Etage Appt. N°2 Bd Anoual Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 53 27 - GSM : 07 07 78 78 00 - E-mail : cabinet.dr.hananebougtreb@gmail.com  
Patente 36300382 - IF 15261205 - ICE 000149143000094



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS