

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.

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° W19-485402

69381

<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>01082</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>CHOUQUA Mohamed</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1948</u>			
Adresse : <u>149, lot 1000A BERRACHID 26100</u>			
Tél. : <u>0664172469</u> Total des frais engagés : <u>250 Dhs</u>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <u>Or. Abdellouahad BOUZID</u> <u>Médecine Générale</u> <u>11, Rue Salati Eddine Ayadai</u> <u>Tél: 0522 22 73 73 BERRACHID</u> </div>			
Date de consultation : <u>14/04/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>chouqua Mohamed</u> Age : <u>73</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>lombalgie et asthme général</u>			
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 : 03 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/04/2021

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
10/11/2021	✓	✓	150	INP : 1061111111 Dr. Abdelouahab BOUZID Médecine Générale 11, Rue Salati Eddine Ayoubi EL 0522 32 73 73 BERRETHID

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU QUARTIER EL FARSI-BERRETHID	10/11/2021	202,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																								
				INP : _____																								
				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 _____																								
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552																										
D	00000000	00000000																										
G	00000000	00000000																										
B	35533411	11433553																										
H	25533412	21433552																										
D	00000000	00000000																										
G	00000000	00000000																										
B	35533411	11433553																										
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								

DOCTEUR ABDELOUAHAD BOUZID

Médecine générale

Diplôme d'échographie générale

Diplôme de traitement de la douleur

Diplôme de médecine de travail

Diplôme d'expertise médico-judiciaire
et médecine légale

Expert judiciaire assermenté près des tribunaux

الدكتور عبد الواحد بوزيد

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

دبلوم في علاج الألم

دبلوم في طب الشفط

دبلوم في الخبرة الطبية القضائية

والطب الشرعي

خبر قاضي محلف لدى المحاكم

BERRECHID LE : 14.04.2021

Chouguia - Nouaceur

PHARMACIE
DU QUARTIER AL FARAJ

96, Lot Al.Faraj-Berrechid

Tel: 0522 32.73.73 - Gsm: 0620 91 57

134,50

Arcoxia

1's

Arcoxia 120 mg
7 comprimés
P.P.V : 134,50 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 448/16DMP/21/NTO

6 118001160068

CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj

P.P.V : 45,80 DH

Distribué par MSD Maroc

B.P. 136 Bouskoura

45,80

Celestene

1's

PPV: 22DH20

PER: 01/23

LOT: K232

1 = 202,5

PHARMACIE
QUARTIER AL FARAJ

5, Lot Al.Faraj-Berrechid

Tel: 0522 32.73.73 BERRECHID

Dr. Abdellouahad BOUZID
Médecin Général
11, Rue Salah Eddine Ayoubi
El-Jadida 22273 BERRECHID
EL: 0522 32.73.73 BERRECHID

11-Rue Salah Eddine Ayoubi 1^{er} Etage - Berrechid- Tél : 05.22.32.73.73/06.61.98.29.60

06.61.98.29.60/05.22.32.73.73 - الهاتف

القيسارية بجوار محلية الغنية