

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

- Reclamation : 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.

**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° M21- 0018924

78961

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2440 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUZOUINE Mohamed

Date de naissance :

Adresse : AP

Tél. : 0618285694 Total des frais engagés : 16106,250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : H. BOUZOUINE Mohamed

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

Nature de la maladie : HTA, diabète, etc.

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 : 24/08/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
		2 + Etc.	25000	<p>تورقة اسدواني</p> <p>Docteur SOUAL</p> <p>Cardiologue</p> <p>1018 Pte. d'Azamour &amp; Bd. Sidi Ab</p> <p>1010 - 1er Etage</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/07/21	1670,60

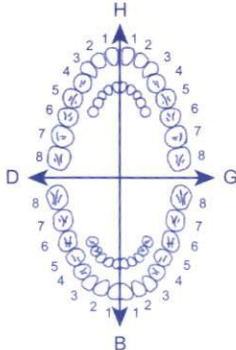
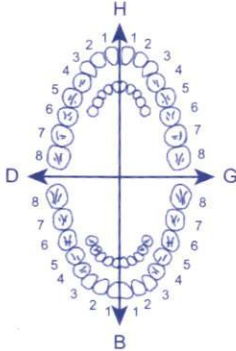
[illegible][illegible]

## RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. SOUALY

Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي

اختصاصية في أمراض القلب

خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

08 JUL. 2021

M. Bou Zine Mohamed

87,50x2

- Nifedipine 1/2 CV 4

159,50x4

- Nifedipine 1/2 CV 4

35,70x4

- Kardec 1/2 CV 4

147,40x4

- RIZAT 1/2 CV 4

31,30x4

- Zylac 2 CV 4

Traitement de 4 mois pour  
de l'ins

T: 1670,60

Sur Rendez-vous

الدكتورة اسوالي م.  
Docteur SOUALY M.

بالموعد

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B  
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38

x 31,30

LOT 210515  
EXP 02 2025  
PPV 31.30

LOT : 21E002  
PER : 09 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT 210515  
EXP 02 2025  
PPV 31,30 .30

LOT : 21E002  
PER : 09 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

159,30

LOT 210515  
EXP 02 2025  
PPV 31.30

LOT : 21E002  
PER : 09 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

31,30

LOT 210514  
EXP 02 2025  
PPV 31.30

LOT : 21E002  
PER : 09 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

159,50

31,30

V136132/01

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

V136132/01

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

159,50

PPV : 147DH40  
PER : 06/23  
LOT : K1479-2

PPV : 147DH40  
PER : 06/23  
LOT : K1479-2

159,50

PPV : 147DH40  
PER : 06/23  
LOT : K1479-2

PPV : 147DH40  
PER : 06/23  
LOT : K1479-2



Nom: BOUZIDOUNE MOHAMMED

Identifiant: A455N°2

1/1

Date de naissance: 12/05/1951

Médecin: CARDIO SOUALY M

Sexe: Masculin

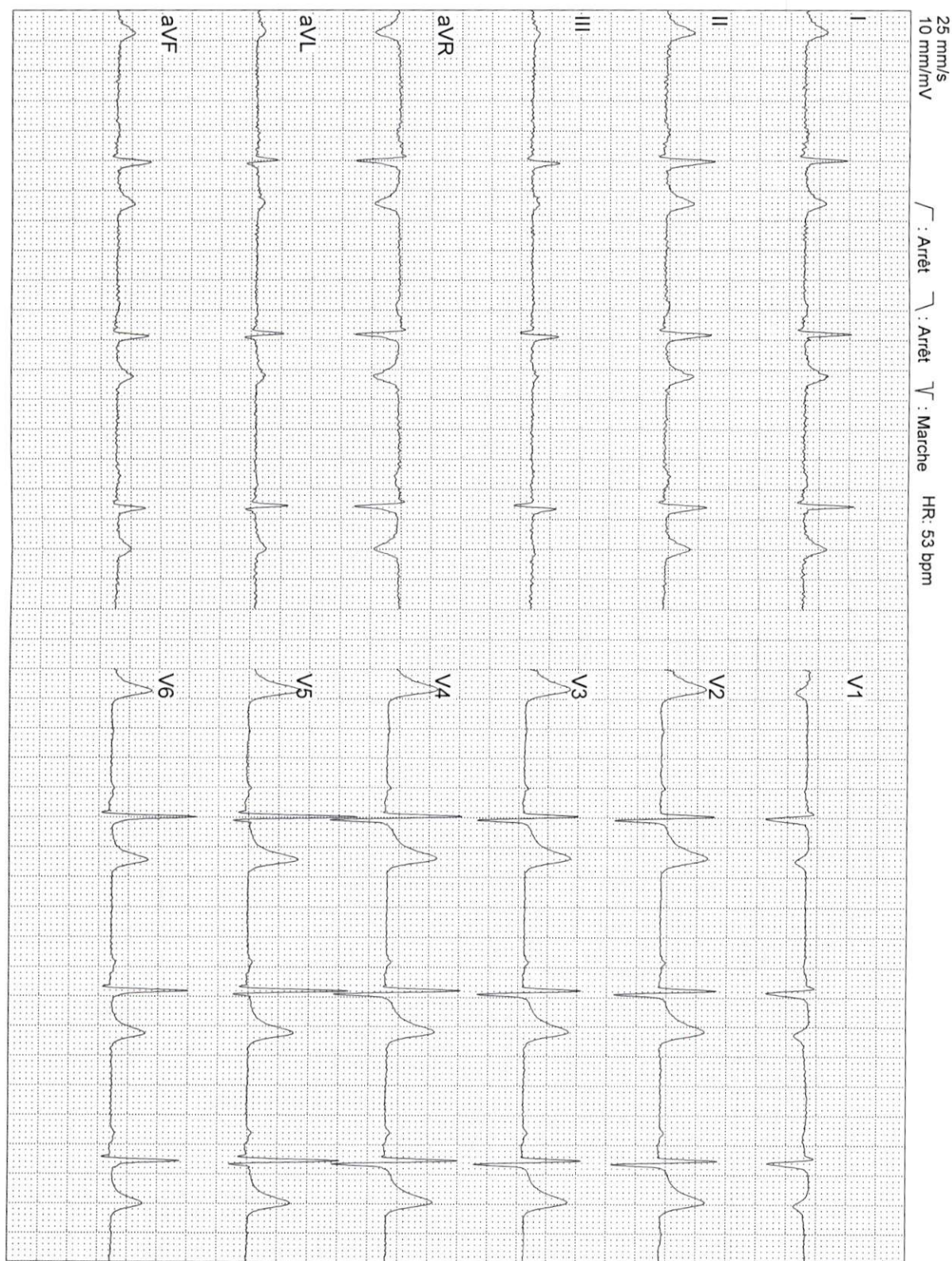
Raison sociale:

Poids: -

Téléphone:

Taille: -

Temps d'enregistrement: 08/07/2021 09:44:30





Nom: BOUZIDOUNE MOHAMMED

Identifiant: A455N°2

1/1

Date de naissance: 12/05/1951

Médecin: CARDIO SOUALY M

Sexe: Masculin

Raison sociale:

Poids: -

Téléphone:

Taille: -

Temps d'enregistrement: 08/07/2021 09:45:20

