

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

- 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- 066615

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2440 Société : M21

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RET

Nom & Prénom : Bouzinaoui Mohamed

Date de naissance : 05/12/15

Adresse : AD

Tél. : 0678285694 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. Bouzinaoui Mohamed

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

Nature de la maladie : HTA, dyslipémie, I Coronaires

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 : 16/06/22 Le : 16 JUN 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
JUIN 2022	C	2 + E.C.	300,00 DA	 Docteur SOULEY Y. Cardiologue

JUIN 2022

A cursive lowercase letter 'c' is shown on a set of three horizontal lines (top, middle dashed, and bottom). The letter starts with a small dot on the middle dashed line, curves counter-clockwise, and ends with a tail that extends to the right, crossing the middle dashed line.

2

$E(G)$

300,000

Docteur SQUALLY M
Cardiologue
Angle Rte. d'Ammoug L 84, 814 Aideralmoug
in. Communal N°10 - 1er Etage H. Hassen

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/22	1423,60

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

26 16/06/22

1423.60

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

AM

PC

IM

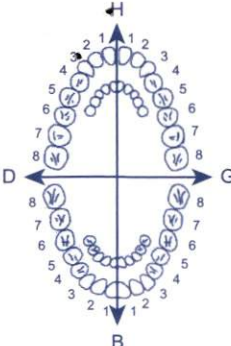
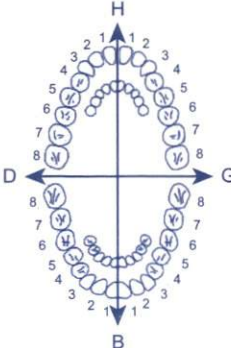
IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Casablanca, le 16 JUIN 2022

M^l BOUZING M. Bouad
 159,50 x 3
 - Bifurcation 12,5 - 19
 31,30 x 4
 - 20 Parc 200 14
 87,50
 1/2 1
 35,70 x 4
 1/6 1
 147,40 x 4
 20 2 A T 50 - 14

PHARMACIE SOUFIANE
 Groupe K. Rue 154 N° 257/25
 EL Oufia - Casablanca
 Tél. : 05 22 89 09 63
 I.C.E : 000500246000026

Traitement de l'urine

T = 1423,60

DOCTEUR SOUALY M.
 Cardiologue
 10, 1er Etage Hay Hassani & Bd. Sidi Abderrahmane
 Communal N° 10 - 1er Etage Hay Hassani
 Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

Sur Rendez-vous

بالموعد

15950

LOT 213509
EXP 01 2026
PPV 31.30

PPV: 147DH40
PER: 04/24
LOT: L1376

LOT 213509
EXP 01 2026
PPV 31.30

PPV: 147DH40
PER: 04/24
LOT: L1376

159,50

LOT 213509
EXP 01 2026
PPV 31.30

PPV: 147DH40
PER: 04/24
LOT: L1376

159,50

LOT 213509
EXP 01 2026
PPV 31.30

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

V136132/01

PPV: 147DH40
PER: 04/24
LOT: L1376

159

159

159

159

159

LOT : 22E003
PER : 07 2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 22E003
PER : 07 2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 22E003
PER : 07 2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 22E003
PER : 07 2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

Nom: ACERDOUM ELIORIO SADI

Date de naissance: 23/07/1958

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 925 N°2

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 16/06/2022 09:03:27

1/1

