

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-485398

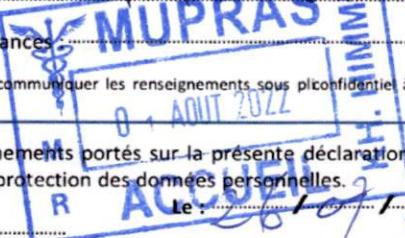
124395

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 01082	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUIGUA MOHAMMED			
Date de naissance : 01/01/1948			
Adresse : 149, Lot ESPANA BERRECHID			
Tél. 0661172162 Total des frais engagés : 632,80 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Abdelouahad BOUZID Médecine Générale 11, Rue Salah Eddine Ayoubi Tél: 0522 32 73 73 BERRECHID	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 16/12/22	
Nom et prénom du malade : Chouigui Jatoune Age : 74	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Hypertension artérielle	
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 : 01/08/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :



  
 MUPRAS  
 01/08/2022

## 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
05/02/2022	C		15000	INP : 96A-EM-810 Dr. Abdelouahad BOUZID Médecine Générale Sidi El Aoua, Averki

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ</b> 96, Lot Al Faraj-Berrechid Tél: 03 22 49 09 - Cmar: 03 22 91 00 10	26-7-2022	1482,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<b>H</b>	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>G</b>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>B</b>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

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 الشغل

دبلوم في الخبرة الطبية القضائية

والطب الشرعي

خبير قضائي محلف لدى المحاكم

BERRECHID LE ..... 26.07.2022

Chouguia Rhamadani

124,90

46,70

Zyfonic 100  
19 le 2

11.6,80

Ripantyl 1

124,90

6080704

maphar O  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

124,90

- Fnedip 50  
112 26-7-00

#1358#

2

AVLOCARDYL  
1/2 91

03

41,80

AVLOCARDYL  
1/2 91

27,70

Verdots  
aspirin

01/08/2024

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50

P.P.V. : 41DH80

6 118000 010227

Total: 482,80

11-Rue Salah Eddine Ayoubi 1<sup>er</sup> Etage - Berrechid - Tél : 05.22.32.73.73 / 06.61.98.29.60 / 05.22.32.73.73 - زنة صلاح الدين الأيوبي الطابق الأول برشيد - الهاتف 05.22.32.73.73

PHARMACIE

DU QUARTIER AL FARAJ

96 Lot Al.Faraj-Berrechid

Tel: 0522 52 40 09 - Gsm: 0620 91 03 10

القىسارية بجوار محطة العنابة

Cardiaspirine 100 mg/30cpls  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280