

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0000939

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01082 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHOUVA MOHAMMED
 Date de naissance : 01/01/1948
 Adresse : 149, LOT ANAMA BERRECHID 2610
 Tél. : 0664172462 Total des frais engagés : 428,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Abdelouahad BOUZID
 Médecine Générale
 11, Rue Salah Eddine Ayoubi
 EL: 0522 32 73 73 BERRECHID
 Date de consultation : 19-01-2023
 Nom et prénom du malade : Chouva Mohamed Age: 74
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : st. fuprl
 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 : BERRECHID Le : 19/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Dr. Abdelouahad BOUZID
 Médecine Générale
 11, Rue Salah Eddine Ayoubi
 0522 32 73 73 BERRECHID

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
10/01/2023	C	15012		Dr. Abdelouahad BOUZEID Médecine Générale 11, Rue Salah Eddine Ayoubi EL: 0522 32 73 73 BERRECHID

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU QUARTIER AZ FARAJ 96, Lot AM Faraj-Berrechid 05 22 32 73 73 - GSM: 0520 91 82 10	10/01/2023	128,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Ali AZZOUZI Centre de Radiodiagnostic Berrechid 11, Rue Tadjik Boudia 05 22 32 73 73 - GSM: 0520 91 82 10	10/01/2023	2K	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 :

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																	
				COEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 محمد 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

10-01-2023

Chouf - Mohamed

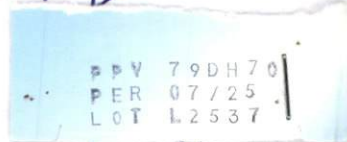
48,70

Solupred



79,70

Aziat



110 x 30

128,40

**PHARMACIE
DU QUARTIER AL FARAJ**
96, Lot Al Faraj-Berrechid
Tél: 0522 32 73 73

Dr. Abdelouahad BOUZID
Médecine Générale
11, Rue Salah Eddine Ayoubi
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 - البرشيد - الطابق الأول برشيد

القيسارية بجوار محلة العنابة

DOCTEUR ABDELOUAHAD BOUZID

الدكتور عبد الواحد بوزيد

Médecine générale

الطب العام

Diplôme d'échographie générale

دبلوم في الفحص بالصدى

Diplôme de traitement de la douleur

دبلوم في علاج الألم

Diplôme de médecine de travail

دبلوم في طب الشغل

Diplôme d'expertise médico-judiciaire
et médecine légale

دبلوم في الخبرة الطبية القضائية

Expert judiciaire assermenté près des tribunaux

والطب الشرعي

خبير قضائي محلف لدى المحاكم

BERRECHID LE

10-01-2023

Chryse Mohamed

Rx Pulmonaire

CENTRE DE RADIOLOGIE BERRECHID
Dr. ALI AZZAQUI
36-38, Rue Tark Eddine Ziad Berrechid
Tel : 05 22 32 73 73 / 08 08 35 12 64

Dr. Abdelouahad BOUZID
Médecine Générale
11, Rue Salah Eddine Ayoubi
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 - البرشيد - زنقة صلاح الدين الأيوبي الطابق الأول

القيصرية بجوار محلة العناية

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابقا بالمستشفيات
الجامعية بمونبولي

برشيد، في : Berrechid, le :

13 JAN. 2023

Facture K059/2023

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen pratiqué : Rx poumon face

Nom et prénom : CHOUGUA MOHAMMED

Pour la somme : 150 ,00DH

Cent cinquante dirhams

Signé : DR : A.AZZAOU

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. Ali AZZAOU
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 001851015000002

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE

RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزوي

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابقا بالمستشفيات
الجامعية بمونبولي

برشيد، في : Berrechid, le :

Nom et Prénom : CHOUGUA MOHAMMED
Examen Pratiq   : Poumon Face
Médecin demandeur : Dr. BOUZID

Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez

COMPTE RENDU :

- ❖ silhouette cardio médiastinale de dimension et de morphologie normales
- ❖ accentuation de la trame broncho vasculaire
- ❖ pas d'image lésionnelle pleuro parenchymateuse en foyer d'aspect évolutif décelable

Confraternellement
Signé : Dr. A AZZAOU

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. Ali AZZAOU
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64