

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Éducation :

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

Réclamation	: 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000.209

Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : BOUROUZZA SAADIA

Date de naissance : 03/10/11/1945

Adresse : Quelle Rue 151 NR 33 groupe K Casa

Tél. : .....

Total des frais engagés : 1916,50 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/09/2009

Nom et prénom du malade : BOUROUZZA SAADIA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Copoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

**MUF**  
**ACCUEIL**

# 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
25/09/19	Cert. Elle		250,00	250,00
23/09/19	Contrôle		Gratuit	GRATUIT

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA VILLE ZEKRI Abdellatif Boulevard Moulay El Oufa 223, Bd Oued Moulay El Oufa Casablanca. Tel: 0522 98 51 12 ICP: 001573273050083	25/09/2019	1666,50

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

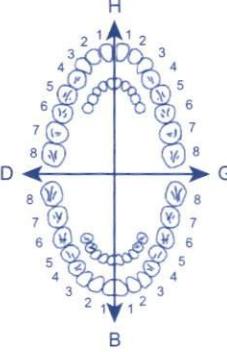
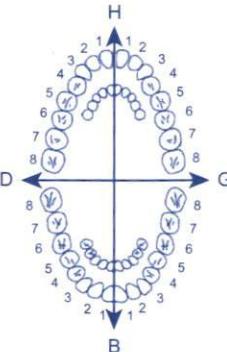
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

	H	
	D	
	B	
	G	

25533412	21433552
00000000	00000000
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

**CABINET DE CARDIOLOGIE**  
**ECG, HOLTERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE,**  
**ECHO-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS**  
**لخطيط الملب - فحص بالصدى للقلب و تشخيص الأوعية بالدولبيير - تسجيل الضغط الدموي والقلب 24 ساعة - اختبار المجهد**

الدكتورة شيماء هواري

**Dr Chaymaa HOUARI**

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

**Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires**

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Diplômée en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Segalen

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive de l'Université Paris Sud

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France



**Mme SAADIA BOUROUZA**

21,80 x 5

1) ASPEGIC 100 MG, Comprimé : 0 - 1 - 0 x 3mois

294,00 x 3

2) COVERAM 10 MG / 10 MG, Comprimé : 1 - 0 - 0 x 3mois

97,60 x 3

3) REDLIP 20 MG, Comprimé pelliculé : 0 - 0 - 1 x 3mois

4) AGLIM 2 mg, Comprimé : 1 - 0 - 1 x 3mois

13,40

5) LEVOTHYROX 50µg, Comprimé sécable : 1+1/2 - 0 - 0 x 3mois

12,00 x 3

6) DETENSIEL 10 MG, Comprimé pelliculé : 0 - 1/2 - 0 x 3mois

35,00

7) ADO 1000 MG, Comprimé pelliculé : 0 - 1 - 0 x 3mois

37,100 x 2

8) DUOXOL 500 MG/ 2 MG COMPRIME : 1 - 1 - 1 x 2 BOITES

24,40 91 levthyrox 50µg x 100µg x 3 mois

T = 1666,50

**PHARMACIE DE LA WILAYA**  
ZÉKRI Abdellati  
Docteur en Pharmacie  
222, Bd Oued Molouya-El Oulfa  
Casablanca-Tel: 0522 30 57 13  
ICE: 0015 327 3000063

**Dr. HOUARI Chaymae**  
CARDIOLOGUE  
Centre de Cardiologie et d'Urgences  
Lotissement 37, Bd Oued Oum Rabii  
CP 1077, Casablanca  
Tél. : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78

المستعجلات : 06 61 15 41 21 : Urgences :

INP : 091204834

حي الولفة - شارع أم الريـع - قرب "مختبر كريم لـب" رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء  
Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii en face Du Laboratoire "KARIMLAB" G/P N° 37, 1er étage  
Tél. : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
ER : 19E001  
PER : 10/2020

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E001  
PER : 10/2020

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E001  
PER : 10/2020

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E001  
PER : 10/2020

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E001  
PER : 10/2020

194,00

294,00

294,00

97,60

97,60

97,60



611 800110201 3  
Levotrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160233

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

19,90

PHARMAS  
LOT : 9417  
UT.AV : 02-22  
PPV : 35DH00

034019 04/24  
PPV 37DH00

034019 04/24  
PPV 37DH00

6 118001 102020  
Levotrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

valable 3 mois

Le 25/09/2019

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Bouhenna Soudha*

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Yousra  
Oum Rabi  
Casablanca  
05 22 90 65 78