

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° P19-0010211

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5314 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
Nom & Prénom : OUAD Abdellah Date de naissance : 1983  
Adresse : LOT WAFA H98 DEROUA  
Tél. : 06 62 65 28 33 Total des frais engagés : 162 7480 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 : \_\_\_\_\_ Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture

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

| SOINS DENTAIRES |   | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des |
|-----------------|---|----------------|------------------|-------------|-----------------|
|                 |   |                |                  |             |                 |
| DROITE          | 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 |                |                  |             |                 |
|                 |   |                |                  |             |                 |
| GAUCHE          | 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 |                |                  |             |                 |
| HAUT            |   |                |                  |             |                 |
| BAS             |   |                |                  |             |                 |

| O.D.F.   |  | Détermination du coefficient masticatoire    |   |  |
|--|--|--|---|--|
| Prothèses dentaires  |  |  |   |  |
|  |  | H  |   |  |
| D  | 25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | G |  |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |  |  |   |  |

| VOLET ADHERENT   |                   | NOM : <i>OUAD</i>      | Mle <i>5314</i> |
|--|-------------------|------------------------|-----------------|
| DECLARATION N°   |                   | W17-137129             |                 |
| Date de Dépôt  | Montant engagé    | Nbre de pièces Jointes |                 |
| <i>10. 9.19</i>  | <i>150 + 1430</i> | <i>4</i>               |                 |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>  |                   |                        |                 |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                   |                        |                 |

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT   |    | Mle <i>5314</i>                            |    |
|--|----|--|----|
| Nom & Prénom <i>OUAD Abderrahim</i>  |    |  |    |
| Fonction : <i>RETRAITE</i> Phones <i>0662652833</i>  |    |  |    |
| Mail   |    |  |    |
| MEDECIN  |    | Prénom du patient <i>Ouad Abderrahim</i>   |    |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> |    | Age <i>66 ans</i> Date <i>19 AOUT 2019</i> |    |
| Nature de la maladie <i>IPISIPEL</i>   |    | Date 1ère visite                           |    |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  |    |  |    |
| Nature des actes   |    | Nbre de Coefficient                        |    |
| <i>C</i>   |    | <i>150,00</i>                              |    |
| Montant détaillé des honoraires  |    |  |    |
| PHARMACIE  |    | Date <i>19/8/19</i>                        |    |
| Montant de la facture  |    | <i>221,31</i>                              |    |
|  |    | <i>27,11</i>                               |    |
|  |    | <i>3,9119</i>                              |    |
|  |    | <i>866,00</i>                              |    |
|  |    | <i>109,50</i>                              |    |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES   |    | Date <i>19/8/19</i>                        |    |
| Désignation des Coefficients   |    | Montant détaillé des Honoraires            |    |
|  |    |  |    |
| AUXILIAIRES MEDICAUX   |    | Date :                                     |    |
| Nombre   |    | Montant détaillé des Honoraires            |    |
| AM   | PC | IM   | IV |
|  |    |  |    |

Dr. Noureddine BOUZOUBAA

MEDECINE GENERALE

Angle Av. Cdt Driss Harti  
Rue 2 Jamila 3 - Cité Djemaâ  
Casablanca



الدكتور نور الدين بوزوبع

الطب العام

محج الكومندار إدريس الحارثي  
زنقة 2 جمبلة 3 قرية الجماعة  
الدار البيضاء

Casablanca, le

19 AOUT 2019

في

PPV 116DH40

LOT 88039 8  
EXP 12/2020

32200055

Ouad Abd



LOT : 190921  
PER : 05-21  
PPV : 45,00DH  
ol cétostéarylique

16.40  
4.51.00

②

Dividots 1's  
Act 11

PPV : 51,40 DH

6.0

③

PhytoFongic 1's  
le mo



45.00

199.00

④

Tegumex Creu  
1 Appli/les

LOT : 180290  
PER : 01-20  
PPV : 45,00DH  
ol cétostéarylique

⑤

Tegumact 1's  
1 repair

866,00



5056 - رخصة رقم 51 : 06 63 67 02 51

Tél : 05 22 37 27 38 - GSM : 06 63 67 02 51

Dr Noureddine BOUZOUBAA  
Médecine Générale

Av. Cdt Driss Harti  
Rue 2 Jamila 3 - Cité Djemaâ

Casablanca - Maroc

Authorisation N° 5056

LOT : 190168  
UT AV: 02/2022  
PPV : 199,00DH

LOT N° : 190168

UT AV : 02/2022

PPV : 199,00DH

App (DH)

Dr. Noureddine BOUZOUBAA

MEDECINE GENERALE

Angle Av. Cdt Driss Harti  
Rue 2 Jamila 3 - Cité Djemaâ  
Casablanca



الدكتور نور الدين بوزوبع

الطب العام

محج الكومندار ادريس الحاربي  
زنقة 2 جميلة 3 قرية الجماعة  
الدار البيضاء

Casablanca, le

27 AOUT 2019

الدار البيضاء. في

Cdt

ICE: 002082322000058

Ouad Abderrahim

20 mg x 100

Dazen

20 mg

1 CP 3

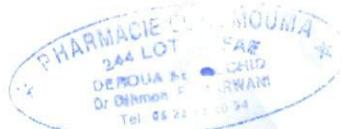
Tavanic Fct

1 CP 1

299,00

|         |          |
|---------|----------|
| LOT     | 190707   |
| EXP     | 03 2023  |
| PPV     | 46.70 DH |
| PPV:    | 47,80    |
| EXP:    |          |
| Lot N°: |          |

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg CP 30  
P.P.V : 205,00 DH  
6 118001 080830



Dr Noureddine BOUZOUBAA  
Médecine Générale  
Av. Cdt Driss Harti Rue 2 N° 3 - 13  
Casablanca - Cité Djemaâ  
Tél : 0522 37 27 38



الدكتور نور الدين بوزوبع

MEDECINE GENERALE

Angle Av. Cdt Driss Harti  
Rue 2 Jamila 3 - Cité Djemaâ  
Casablanca



الطب العام  
مح الكومندار إدريس الحارثي  
زنقة 2 جميلة 3 قرية الجماعة  
الدار البيضاء

Casablanca, le

03 SEPT 2019

الدار البيضاء. في  
ICE: 002082322000058

ICE: 002082322000058  
Ouad Abderrahim  
M6 ms  
Flodam 500. 24 gel

M6. w 2 gel x 21



PPU 116DH40  
LOT 86039 8  
EXP 12/2020



Dr Noureddine BOUZOUBAA  
Médecine Générale  
Av. Cdt Driss Harti Rue 2 Jamila 3  
Casablanca 10200  
Tél. 0522 37 27 38

الهاتف : 06 63 67 02 51 - 05 22 37 27 38  
GSM : 06 63 67 02 51 - Autorisation N° 5056

Dr. Noureddine BOUZOUBAA

الدكتور نور الدين بوزوبع

MEDECINE GENERALE

Angle Av. Cdt Driss Harti  
Rue 2 Jamila 3 - Cité Djemaâ  
Casablanca



الطب العام

محج الكومندار إدريس الحارثي  
زنقة 2 جميلة 3 قرية الجماعة  
الدار البيضاء

Casablanca, le

22 AOUT 2019] *Co*

*Nisra Hassoun*  
ICE: 002082322000958

Ovad Abderrahim

149,-D

Spectrum 500 ~~500~~ 2011

1Cf x 21

149,50

149,-D



Dr Noureddine BOUZOUBAA  
Médecine Générale  
Av. Cdt Driss Harti Rue 2 N° 3 - 33  
Casablanca - Cité Djemaâ  
Tél: 05 22 37 27 38



الهاتف: 05 22 37 27 38 - محمول: 06 63 67 02 51 - رخصة رقم 5056  
Tél : 05 22 37 27 38 - GSM : 06 63 67 02 51 - Autorisation N° 5056 *Co*