

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.

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.

Prothèse :

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 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° P19-0028840

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2440

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Bouzioune MOHAMED

Date de naissance :

5/12/51

Adresse :

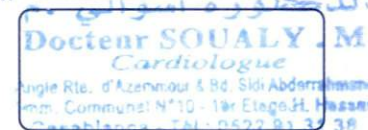
AB

Tél. : 0678285644

Total des frais engagés : 172000.250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04 NOV 2019

Nom et prénom du malade :

M. Bouzioune MOHAMED

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 17/11/19

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
17 NOV. 2019	C 2 etc		2.500	Docteur SOUALY 091130732

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

04/11/19 1720,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

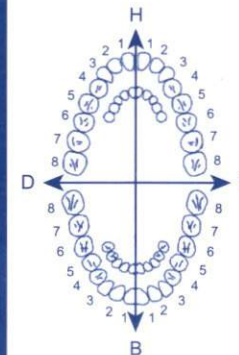
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur M. SOUALY
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي

اختصاصية في أمراض القلب
خريجة جامعة باريس

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

Casablanca, le 04 NOV. 2019

M. Bouzine Mohammed

182,80x4

- Mifetone 50mg 12h 1g

162,60x2

Novicet

1/2 1

35,70x4

Kalcipar

1/2 1

31,30x4

Zupric

200mg 1/2

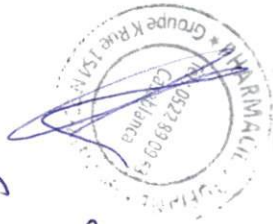
99,100x4

CDMOR

200mg 1/2

Traitement de l'insuffisance

T = 1720,40



Sur Rendez-vous

الدكتورة اسوالي
Docteur SOUALY . M
Cardiologue

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B

N° 10 1^{er} Etage Hay hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

LOT 191665
EXP 07 2023
PPV 31.30

LOT 191665
EXP 07 2023
PPV 31.30

LOT 191665
EXP 07 2023
PPV 31.30

LOT 191665
EXP 07 2023
PPV 31.30

LOT : 19E002
PER : 11 2020
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
118001 081189

LOT : 19E002
PER : 11 2020
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
118001 081189

LOT : 19E002
PER : 11 2020
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
118001 081189

LOT : 19E002
PER : 11 2020
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
118001 081189

LOT : 191266
UT AV : 07/2022
PPV:99,00DH
:N LOT

LOT : 191266
UT AV : 07/2022
PPV:99,00DH
:N LOT

LOT : 191266
UT AV : 07/2022
PPV:99,00DH
:N LOT

LOT : 191266
UT AV : 07/2022
PPV:99,00DH
:N LOT

182,80
x
4

182,80

182,80

182,80

182,80

Nom: BOUZIDOUNE MOHAMMED

Date de naissance: 12/05/1951

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: A455N°3

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 04/11/2019 13:27:26

1/1

