

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Prothèse 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 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- 053969

N.D. 36681

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1192 Société : R. Arq

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAYED ZOUBIDA

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0668744712 Total des frais engagés : 908,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HANANE BOUGTEB  
Cardiologue  
Cabinet de Cardiologie  
et d'Explorations Cardiovasculaires  
115, Anoual Office : 1er Etage Bureau N° 2  
Boulevard Anoual Quartier des Hôpitaux  
Tél. : 05 22 22 55 27 - Urg. : 06 61 23 56 56  
INPE : 091034113

Date de consultation : 20.05.2020

Nom et prénom du malade : JAYED ZOUBIDA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 20 / 05 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Jayed



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
20/05/2020	Es			<i>Statu</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/05/20	902,30

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	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 canaux, ainsi que le bilan																		
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																	
	<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>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BOUGTEB Hanane

Spécialiste en Pathologie  
Cardio-Vasculaire

Diplômée de la Faculté  
de Médecine Hassan II de Casablanca  
DIU d'Echocardiographie  
et d'épreuve d'effort  
Université de Bordeaux Segalen 2

الدركتورة بوطيب حنان  
أخصائية في أمراض القلب  
والشرايين

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى  
وفحص الجهد وإعادة التأهيل  
القلب والأوعية بجامعة بوردو سيغالين 2

Casablanca le

20 mai 2020

Mme JAYED ZOUBIDA

Régime peu salé et pauvre en graisses

1/ ALTIAZEM 60  
1 gelule le soir

\* VIGNETTE

ALTIAZEM® 60 mg  
50 comprimés  
PPV 89DH

\* VIGNETTE

ALTIAZEM® 60 mg  
50 comprimés  
PPV 89DH

2/ CARDIOASPIRINE 100mg  
1 comprimé à midi au milieu

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

3/ STANORM 10mg  
1 comprimé Soir

4/ HYTACAND 8mg /12.5  
1 comprimé Matin

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

-----traitement de 3 mois

SYNTHEMEDIC  
22 rue scoubair benou al acoum roches  
noires casablanca  
HYTACAND  
8 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
28 DMP/21ARQ P.P.V. : 94,70 DH  
6 118001 020881

SYNTHEMEDIC  
22 rue scoubair benou al acoum roches  
noires casablanca  
HYTACAND  
8 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
28 DMP/21ARQ P.P.V. : 94,70 DH  
6 118001 020881

SYNTHEMEDIC  
22 rue scoubair benou al acoum roches  
noires casablanca  
HYTACAND  
8 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
28 DMP/21ARQ P.P.V. : 94,70 DH  
6 118001 020881

إقامة أنوال أوفيس الطابق 1 الرقم 2 شارع أنوال حي المستشفيات الدار البيضاء

115, Anoual Office 1<sup>er</sup> Etage Appt. N°2 Bd Anoual Quartier des Hôpitaux - Ca  
Tél. : 05 22 22 53 27 - GSM : 07 07 78 78 00 - E-mail : cabinet.dr.hananebougteb  
Patente 36300382 - IF 15261205 - ICE 000149143000094