

# 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.

## Diagnostique 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 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- 063379

48019

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2440 Société : RET

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouzidoune Mohamed

Date de naissance : 5/12/51

Adresse : AB

Tél : 0678285694 Total des frais engagés : 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 NOV 2020

Nom et prénom du malade : M. Bouzidoune Mohamed

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : I Coronaropathie, dyslipémie

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 : 20/11/20

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
03 Nov 2020	C	2 EIV	250 NA	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE SOULALY**  
Groupe K - Casablanca  
Et Ouifia - Casablanca  
Tél : 05 22 89 09 63  
ICE : 000500246000026

03/11/2020

1670,60

### 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 canaux, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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



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

03 NOV. 2020

M<sup>r</sup> BOUZOUINE Mohamed

159,50 x 4

- Biprétéral 12,5 kg

87,50 x 2

- Névralgie 1/2 kg

35,70 x 4

- Kardiopneumonie 16 kg

31,30 x 4

- Zytarex 200 mg

147,40 x 4

- Rd 2 x T 12,5 kg

Traitement de 4 mois

T = 1670,60

PHARMACIE SOULALY  
Groupe Pharmaceutique  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

Sur Rendez-vous

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B  
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38



PPV:159DH50

LOT : 20E017  
PER : 04 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



118001 081189

LOT : 20E017  
PER : 04 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



118001 081189

LOT : 20E017  
PER : 04 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



118001 081189

LOT : 20E017  
PER : 04 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



118001 081189

PPV:159DH50

PPV:147DH40  
PER:06/22  
LOT:J1831

PPV:159DH50

PPV:147DH40  
PER:06/22  
LOT:J1831

PPV:159DH50

PPV:147DH40  
PER:06/22  
LOT:J1831

PPV:147DH40  
PER:06/22  
LOT:J1831

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 87 DH 50

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 87 DH 50

LOT	201094
EXP	05 2024
PPV	31.30

LOT	201094
EXP	05 2024
PPV	31.30

LOT	201094
EXP	05 2024
PPV	31.30

LOT	201094
EXP	05 2024
PPV	31.30



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: 03/11/2020 08:51:15

1/1

