

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1004 Société : ALFAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Belal Abdellah

Date de naissance : 1936

Adresse : Rue 57 n.15 El Fauzia 5. aledjmaa Casablanca

Tél. : 06.66.08.06.08

Total des frais engagés : 434,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pénologie

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 01/01/2019

Signature de l'adhérent(e)



8

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUTOURIA Mohamed ARAB Docteur à l'Etat Pharmacie L'Assessment Miss Koudia Rue 24 N°104 Cité Djamaa 3107 - Casablanca Tel: 05 22 37 3107 - 05 22 57 3000 NIF: 92938888	30/01/2023	737,30

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
		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 de l'ODF.

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	Coefficient des Travaux		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	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'EXECUTION		



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

be minimized

Mr KHANUDI Dead

MaxiGrip Tens

27.10.2011 close

1's

169. *Certhias pomboi*

• Coverage is 10151 square meter

coronet 25 $\frac{1}{2}$ water at sow

147.40 x 1

Rozat we'll

14'7.60 x 0.1
Plot 101

72.8 ~~100~~ ~~100~~ ~~100~~

~~Metos~~ ~~Paroxysm~~

Lev Vassil 2, 1987

737.30

4 wins

ALAOUI Mohamed
Carte d'identité
N° 06242522853525
Date de naissance : 08/07/1986
Lieu de naissance : Casablanca
Sexe : Féminin
Signature : 

Dr. Mohammed ALLAOUI
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - Rue de France VILLE
0522 98 07 06 - Fax 0522 98 83 25
Rue de France VILLE - OASIS
0522 98 07 06 - Fax 0522 98 83 25

20، زنگنه فرانس

ر.ب. فرانس فيل - وازيس - الدار البيضاء 20000
20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000
GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25
E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084
N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

PHARMACIE KOUTOUBIA

Mohamed AARAB

Docteur d'Etat en Pharmacie

Concessionnaire à Messaoudia Rue 24 N°104

Cité Djemaa - Casablanca

Tél: 06 22 37 31 07 - 05 22 57 30 24

INPE: 82036804

Pharmacie koutoubia.

AARAB Mohamed-docteur d'Etat en pharmacie.

Lotissement Messaoudia, Derb My Bouchaib

Rue 24 ,n° 104 Cité djemaa Casablanca.

Tél: 0522373107/0522573924

IF: 49132260 / CNSS: 1191428/ RC: 193582/ PATENTE: 33803216.

I.C.E:001696455000085

Facture : De 30/1/2023
Mr KHALIDI Mohamed

Cardio Aspirin	→ 27.70 x 01
Conramol Syrup	→ 269.00 x 01
Prost Demol	→ 147.40 x 01
flutacid	→ 147.60 x 01
Adancer Syrup	→ 72.80 x 02
	→
	T: 737.30

Anneter la present facture à la Somme de:
Sept cent Trent sept dirhams Et tout cl



valable 3 mois

Le 01/11/2002

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que M^{lle}, M^{me}, M^{...} : *(X) ALLAL*

Présente

Coronaropathie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)