

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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

Nº P19- 0045882
Mme 1782

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10512 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SABOVR AZIZ

Date de naissance : 29.6.1959

Adresse : HAY EL OULFA GR EF RUEZ 12 CASA

Tél. : 0656005856 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2019

Nom et prénom du malade : SABOVR AZIZ Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

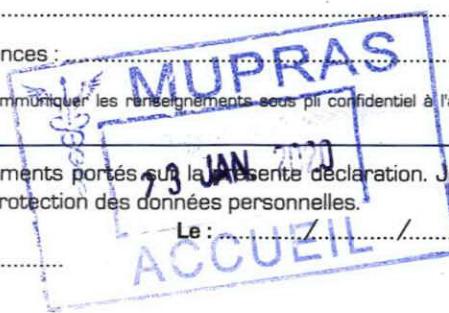
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : ACCUEIL



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
2016-01-15	consultation	100	100	Signature et cachet du Médecin
2016-01-15	consultation	100	100	Signature et cachet du Médecin
2016-01-15	consultation	100	100	Signature et cachet du Médecin
2016-01-15	consultation	100	100	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Younès BELAYACHI 025-127 Ed. Qued Ziz Oufa Tunisie 10432145	13/12/19	1156520

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

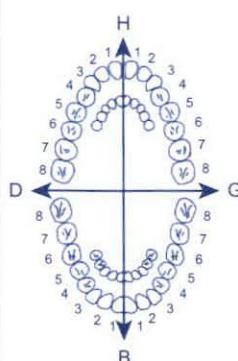
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
2 21433552	
0 00000000	
0 00000000	
1 11433553	



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

C.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px;">25533412</td> <td style="width: 50px;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px;">00000000</td> <td style="width: 50px;">00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
[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'EXECU



Le/..../2009

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M.

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit).

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr. HOUARI Chaymaa
Médecin Spécialiste en
Maladies Cardiovasculaires
GSM: 06 61 15 47 21

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES :
ECG, HOLTERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE,
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS
تخطيط القلب . فحص بالصدى للفلب وتشخيص الأوعية بالدوبليير . تسجيل الضغط الدموي والقلب 24 ساعة . اختبار الجهد



الدكتورة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

(28) 02 / 2019

جـ ٩ سبـات ٢٠١٩.

١٩٨١٥ × ٢

٤١٧٦٣

١٧٩١٧٦٣
٤١٧٦٣
١٢٩١٧٦٣
٣٧٦٣

S.Y

Dr CHAYMAA HOUARI
Spécialiste en
Maladies Cardiovasculaires
N° 06 61 13 41 21
Mobile N. 06 61 13 41 21

جـ ٩ سبـات ٢٠١٩.
دوـرـة

Pharmacie KARIMLAB

Yacineia et Ayachi

125-127 Bd Oued Oum Rabia

Casablanca - Tel : 05 22 90 51 00

Tel : 05 22 90 51 48

N° 40432148

GSM : 06 61 13 41 21

Medecin Spécialiste en

Maladies Cardiovasculaires

Dr CHAYMAA HOUARI

Spécialiste en

Maladies Cardiovasculaires

Dr CHAYMAA HOUARI

INP : 091204834

حي الولفة -شارع أم الريـع - قرب "مختبر كريم لاب" رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء

Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabia en face du Laboratoire "KARIMLAB" G/P N° 37, 1^{er} étage Casablanca

Tél. : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com

PPV:
EXP:
LOT:

1790H00

05/2021

AA0836

يل بيسولفات
LOT: 171530 PER: 11-2020
PPV: 198, 100H

PPV (DH):

LOT N°:

198,10

766.022.05.16

MXGS0059



6 118001 130030

CORALAN 5 mg - O
Boîte de 28 comprimés
PPV: 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059



6 118001 130030

CORALAN 5 mg - O
Boîte de 28 comprimés
PPV: 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca