

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

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.

ntaire :

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.

adie 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° P19- 0047059

98712

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DIANI MOHAMED

Date de naissance : 1/1/1948

Adresse : Hôpital

Tél. : 0671426770 Total des frais engagés : 949,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/09/2011

Nom et prénom du malade : DIANI MOHAMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DIANI MOHAMED

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : DIANI MOHAMED

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 : 02/10/2011 Le : 02/10/2011

Signature de l'adhérent(e) :  

Depot 4/1/2012

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/09/2012 | Actes | 25 | 2500 | Dra. A. H. Allergie 93, Avenue Hassan II, Casablanca Tél: 05 22 49 18 72 - 05 22 49 18 74 INPE: 05 22 02 00 70 tel: 05 22 49 18 72 - 05 22 49 18 74 INPE: 05 22 02 00 70 |
| 07/09/2012 | Actes | 16 | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Mme CHAOUI SAMIRA Boulevard Al Oukhousia - Casablanca - Tél 05 22 39 09 73 | 25/09/2012 | 326,00 |
| Mme CHAOUI SAMIRA Boulevard Al Oukhousia - Casablanca - Tél 05 22 39 09 73 | 20/09/2012 | 373,60 |
| | 7/10/2012 | 699,60 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. The diagram is oriented with the upper arch at the top and the lower arch at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction starting from the upper left. The diagram is labeled with letters H | | | | |

Dr. Abdelouahed HAJ KHLIFA

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)
 Spécialiste de l'appareil Respiratoire
 Asthme, Allergies Respiratoires
 Tuberculose Spirométrie - Bronchoscopie
 Ancien Médecin de Hôpitaux de France
 Diplôme Universitaire de la Prise en Charge
 de l'Infection HIV

الدكتور عبدالوهاب الحاج اخليفة

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
 طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
 اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
 أمراض الرئة، الحساسية، السل
 الفحص بالتنفس الداخلي
 فحص الوظيفية التنفسية

Casablanca, le: 25 | 9 | 21 الدارالبيضاء، في:

78,00

(39,00

(45,30

(163,70

Betadine

Invado

Ventoline

SocLav

uf =

2

20

24

24

24

24

24

24

24

24

24

24

24

24

24

24

24

24

24

24

SV

SV

SV

SV

SV

28,00

LOT: M0568
PER: 06/2023
PPV: 39,00 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Barcode

LOT: 211596
EXP: 06/23
PPV: 163,70 DH

$\sum = 326,00$

Pharmacie du CAF
Mme CHAOUI SAMIRA
1 Rue Al Oukhousine, Beauséjour
Casablanca Tél: 05 22 39 89 73

Dr. A. HAJ KHLIFA
Pneumologue
05 22 49 18 73

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)
Spécialiste de l'Appareil respiratoire
Allergies respiratoires
Diplôme universitaire
Sommeil et Ronflement
INPE 091070870

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا) أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي الحساسية

دبلوم جامعي في أمراض الشيخير و التنفس في النوم

الدار البيضاء، في ٢١ | ٢٠١٧ | ٧ Casablanca, le.....

J = Javi No es amar

50,000 → Rev. Lizenzen

PPV: 50 DH 00

1618042
323.60

Tiova =

GTIN 18901117253435
LOT BA11942
EXP 12/2022
S/N 19079669056940
PPV: 181 DH 80