

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.

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° M21- 073789

101885

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2023 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL ABDERRAHIM

Date de naissance : 15/10/1955

Adresse : Même adresse

Tél. : 0674034338 Total des frais engagés : 781 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/12/2022

Nom et prénom du malade : ZEROUAL Abderrahim

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

Nature de la maladie : AVC Hémiplégie - H-T-A

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 : Deroua Le : 14/1/2022

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
09/12/2021	S			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

9/12/21

267,9

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

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 :

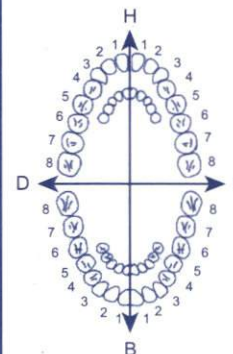
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

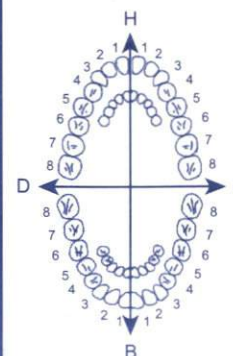
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



اض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique C

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasc

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes



09/12/21

الدكتور محمد علاوي

Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie
et

Pathologie Vasculaire
de la Faculté

de
Médecine de PARIS.

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

Handwritten notes:
N° Feroual AB olentahim
Cosyrel 5/10 mg
1cp/j matin
Angiot 10 mg
1cp/j matin
LAVOR 40 mg
1cp/j soir
olades 20 mg
1cp/j matin



77,00

3 mois

LOT 201593
EXP 06/2023
PPV 99.00DH



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترام الجرعات الموصوفة
Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
القائمة 1 - فقط بوصفة طبية

Handwritten: 76100

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France - Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France - Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

PPV 77,00
PER 06/23
LOT N1483



20, زقة فرانس فيل - الدار البيضاء 20000 - Casablanca
Tél: 0522 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax: 05 22 98 83 25 - GSM: 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
cardiologie@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

LOT : 211051

EXP : 07/2024

PPV : 155,90 DH

UT. AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 211051

EXP : 07/2024

PPV : 155,90 DH

UT. AV.:

LOT N°:

PPV (DH):