

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0050050

118084

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1004 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Belalich Mohamed

Date de naissance : 1936

Adresse : Rue 54 n° 25 Yacoubia 5 cité d'Imen Casa

Tél : 06.66.08.06.08 Total des frais engagés : 901,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Casablanca Le : 08/03/22

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-050050

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1004

Nom de l'adhérent(e) : Belalich Mohamed

Total des frais engagés : 901,50

Date de dépôt : 07/06/2022

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE KOUTOUBIA
Mehrez AARAS
Dentiste Généraliste
Le Mans - France
Tél: 06 22 37 31 97 - 06 22 37 39 24
N° 32090004

07/06/12

901,10

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

VOLET ADHERENT

020020

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

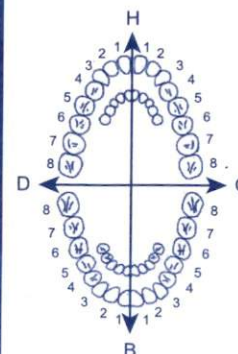
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

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

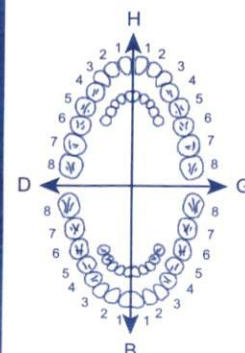
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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

68703/22

Cardioaspirine 100 mg/30cps 
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Bayer S.A.



6 118001 090280

الدكتور محمد عا

Mohamed ALLAOU

CARDIOLOGUE

S de Cardiologie

BOTTU SA
PV : 46 DH 70

BOTTU SA
PPV : 46 DH 70

Médecine de PARIS

ncien Interne

des

taux de NANCY

Nombre de la Société

aise de Cardiologie

PPM: 147DH40
PER: 04/24
LOT: L1376

LCI: LEVER

LOT: 2
PER: 0
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



61180011072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA
BP N°1. 27182 Bouskoura, Maroc

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

Dr. ALAOUT Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 55 - 0522 98 83 25

Dr. ALLAOU Mohamed
Cardiologue
de France Ville Oasis - Casa
07 06 54 0522 98 83 25

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 زنقة فرانس فيل - وازيس - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 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

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.

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 : Le 07/06/2022
M^r HACHIM Mohamed

Cardio Asprimage	→	27.70 x 01
Coveram 10/5mg	→	269.00 x 01
CoWasal Image	→	46.70 x 03
Prozet Image	→	147.40 x 01
Tamsulosine 0.4mg	→	98.00 x 01
Menoprost collyre	→	178.90 x 01
Metospranal L. p	→	40.40 x 01
		<hr/>
		901.10

Amener la present facture a la somme de:

Neuf cent un dirhams et cinquante cent

PHARMACIE KOUTOUBIA
Le Docteur Mohamed AARAB
Lotissement Messaoudia - Casablanca
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24
INPE: 92030004

☐ **valable 3 mois**

Le 08/10/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KHALIDI Mohamed

Présente

Coronariopathie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

long durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)