

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19-0032340

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : Retraite
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Khalidi Mohamed
Date de naissance : 1936
Adresse : Rue 57 n° 25 Yacoub S - allé dynamia - casa
Tél : 05 22 37 29 21 Total des frais engagés : 1221,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 22/10/2019
Nom et prénom du malade : KHALIDI Mohamed Age: 83
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique
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 : 22/10/2019
Signature de l'adhérent(e) :

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.

Prothèse :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com
Personne 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.

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

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
29/10/19	S.T ECG		250,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/10/19	971,2

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	

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



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

le 22/10/19

الدكتور محمد علاوي
Dr. Mohamed ALLAoui
CARDIOLOGUE

LOT : 19E002
 PER: 11 2020
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70
 6 118001 081189
 ire
 de la Faculte

PPV: 147DH40
 PER: 12/20
 LOT: H2692
 ARIS
 me

269,00
 CY
 été
 logie

LOT 19E002
 PER 02/21
 PPV 1600060
 160,60

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebaâ Casablanca
 Corvasal 2 mg cp b 30
 P.P.V: 46,70 DH
 6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebaâ Casablanca
 Corvasal 2 mg cp b 30
 P.P.V: 46,70 DH
 6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebaâ Casablanca
 Corvasal 2 mg cp b 30
 P.P.V: 46,70 DH
 6 118001 080335

LOT N°: 1273861
 UT.AV: 03 20
 109,20
 PPV: 109 20

LOT N°: 1273861
 UT.AV: 03 20
 109,20
 PPV: 109 20

Dr KATAI Dr Mohamed
 35,70
 147,40 Kardegic 160mg
 Fosar rouge 269,00
 160,60 Coverane 10/5 s. 18mg
 46,70 x 3 Esac 2mg
 Corvasal 2mg 46,70 x 3
 109,20 x 2 Caonar 2 s. 12mg
 Candine 4mg 109,20
 97,20
 in fine

PHARMACIE KOUTOUBA
 Hassanet Mada
 Boulevard de Pharmacie
 Desbats - Casablanca - Maroc
 Lotissement Moutouba - Rue 24 N°104
 Cité Oujda - Casablanca
 Tél: 09 22 27 11 87 - 98 12 87 20
 N°: 9203504

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

DR. Mohamed ALLAoui
 Cardiologue
 20 Rue France Ville - Oasis - Casa
 Tél: 0522 98 07 06

valable 3 mois

Le 29/12/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Youssef Ait Aou

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KH. Ait Aou

Présente

la souffrante / HITA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Cardelhc 160 - Rozat 10 - Corvasol 10/5
Corvasol x3 coronat 25 1/2 motu
Cardura

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)



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

Casablanca, le 22 Octobre 2019

Mr KHALIDI Mohamed

FACTURE N 03129/19

Date	Désignation	QT	Montant
22/10/2019	Consultation Cardiologique ECG	1	0,00 250,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			250,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Deux Cents Cinquante dirhams (250,00 dhs)

Dr. Mohamed ALAOU
Cardiologue
20, Rue France Ville - Oasis
Casa - Tél: 0522 98 07 06

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