

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 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° P19- 047355

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8589 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HANNAOUI Nauredjine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047355

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis																		
		Fin d'exécution																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 17 / 0061336



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Cachet
MUPRAS



P 17 / 0061336

DATE DE DEPOT

10 / 04 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2589

Nom & Prénom **HANNAOU Noumedon**

Fonction **RTAITE**

Phones **0630318895**

Mail

Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age

Date **31/13/2020**

Nature de la maladie

phlébite dent G

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

S

1

0,00

PHARMACIE

Date **01/04/2020**

Montant de la facture

960,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

phlébite dent G

Montant détaillé des Honoraires

800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date **01/04/2020**

Nombre

AM

PC

IM

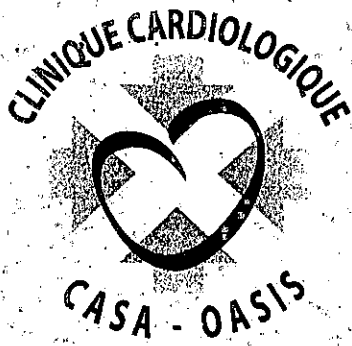
IV

Montant détaillé des
Honoraires

300,00

Dr. Mohamed ALAOUI
20, Rue France Ville - Oasis
Casablanca - Tél: 022 98 07 06
PHARMACIE NASRI
Dr. Rachid NASRI
75 bis, Bloc 2 Cité Communale
Hay Hassani - Casa
Tél: 022 93 28 74
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
Dr. Mohamed ALAOUI
20, Rue France Ville - Oasis
Casablanca - Tél: 022 98 07 06
KIT MEDICAL ALAOUI ET CIE
33, Rue Lebon Al Ajouans
Quartier des hôpitaux - Casablanca
Tél: 022 86 04 31 - 05 22 86 04 31
Fax: 022 86 04 16

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca



مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

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

le 11/12/20
HANNANOU i Bourdelle

Oben Etolo-fen
d'une Alebit de
AI ple

faite scanner
thoraco abdomino-pelvien

Dr. Mohamed ALLAOUI
Cardiologue
20, Rue France Ville - Oasis
Casa - Tél: 05 22 98 07 06

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



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

2. 01/04/2006

N° Hamoui Noureddine

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

369° Elipuis 2.5

ELIQUIS 2.5MG 60 CPS
P.P.V : 960DH00
6 118001 170937

Laboratoires
Pfizer S.A.

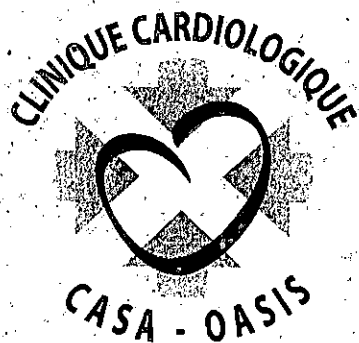
1 ya 2 f



1 na

PHARMACIE NASRI
Dr. Rachid NASRI
15bis Bloc 2 Cité Communale
Hay Hassani-Casa
tel 022 93 28 74

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



مصلحة 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 01/04/22

M. Hamrou Nomade

Bon état de santé

de la vie

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

KIT MED ALLAOUI ET CIE
33, Rue Lahcen Al Arjoune
Quartier des Moutons - Casablanca
Tél: 05 22 98 84 31 - 05 22 98 83 88
Fax: 05 22 98 84 16 - 02

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

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

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



N° 0061571

Client : HANNAOUI

Nourbounie

AU COMPTANT:

Casablanca, le : 01/04/2020

Notre Marchandise n'est ni Echangée ni Retournée

Référence	Désignation	P.U.T.T.C	Total T.T.C
	Bas de Contention AG 010 XL	1x300	300
		Total T.T.C	300,00

33, rue Lahcen Al Arjoune. Quartier des Hôpitaux. (en face Hôpital 20 Août). - Casablanca - Maroc

Tél.: (212 522) 86 34 27 / 86 03 66 / 86 08 56 / 86 04 31 - Fax: (212 522) 86 04 16 - Email : kitmed@menara.ma - Site web : www.kitmed.ma
SARL au Capital de 4 500 000,00 DH - Patente : 36340920 - RC : 89693 - IF : 01086332 - CNSS : 2734475 - ICE : 001530628000088



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 01 Avril 2020

Mr HANNAOUI Nouredine

FACTURE N 0199/2020

Date	Désignation	QT	Montant
01/04/2020	Echographie veineux des membre inférieurs	1	800,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			800,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Huit cents dirhams (800,00 dhs)

Dr. Mohamed ALLAOUI
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 63 15

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca



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

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

**ECHO DOPPLER VEINEUX DU MEMBRE
INFERIEUR DROIT**

Nom	: HANNAOUI
Prénom	: Nouredine
Date	: le 01/04/2020

- Présence d'une thrombose veineuse sans signes de reperméabilisation s'étendant de la veine fémorale commune jusqu'en distalité
- Absence d'anomalie du réseau veineux superficiel.

AU TOTAL :

**Echo doppler mettant en évidence une thrombose
veineuse profonde étendue du membre inférieur
gauche**

DR .M. ALLAOUI

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

Images report: 4 images

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name hannaoui, noureddine
Birthdate
Patient Id HANNANO_47946
Sex Homme
Height
Weight
BSA
BP

Date 01/04/2020
Tape
Sonographer Default user
Referral Dr.
Diagnosis Dr.

Image 1

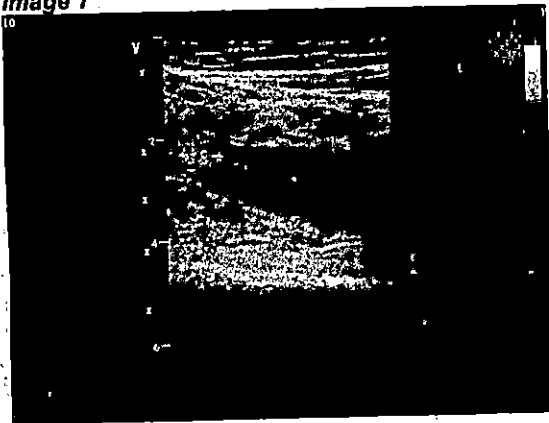


Image 2

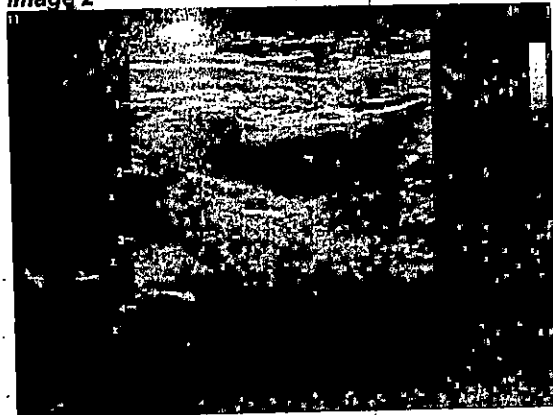


Image 3

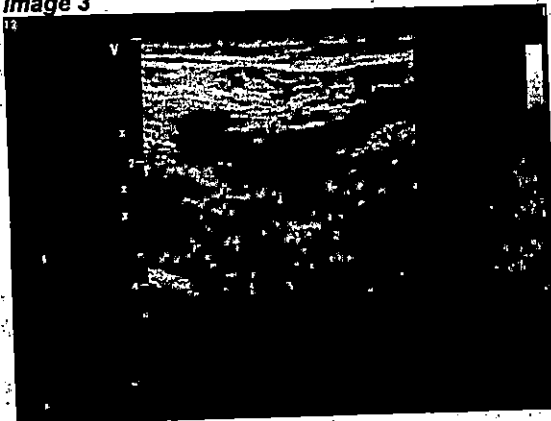
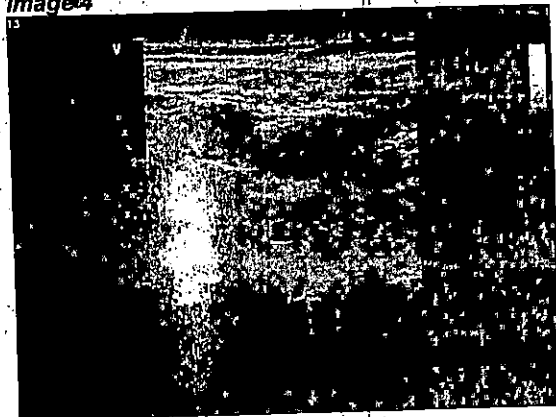


Image 4



Print Date: 01/04/2020



البيضاء - الوازيس

CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

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

ECHO DOPPLER VEINEUX DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT

Nom	: HANNAOUI
Prénom	: Noureddine
Date	: le 01/04/2020

- Présence d'une thrombose veineuse sans signes de reperméabilisation s'étendant de la veine fémorale commune jusqu'en distalité
- Absence d'anomalie du réseau veineux superficiel.

AU TOTAL :

**Echo doppler mettant en évidence une thrombose
veineuse profonde étendue du membre inférieur
gauche**

DR .M. ALLAOUI

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

ID: 0313120
D-naiss: ans,

HANNANOU 1

31-mar-2020 21:31:38

Fréq. Card.: 84 BPM
Int PR: 144 ms
Dur. QRS: 94 ms
QT/QTc: 346/387 ms
Axes P-R-T: 8 -3 32

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

10 = 36°
+ A = 150° 84
DEATO = 196.7.

109

