

**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.

**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.

**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- 062140

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

95331

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1004 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : KHALIDI Mohamed  
 Date de naissance : 1935  
 Adresse : Rue 57 x 25 Juela 5ème étage CASAN  
 Tél : 06.66.08.06.08 Total des frais engagés : 125,30 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 09 / 11 / 2021  
 Nom et prénom du malade : KHALIDI Mohammed Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Colmaneu  
 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 : 09 / 11 / 2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

*[Handwritten signature]*

**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
01/11/21	AS			<i>[Signature]</i>
02/11/21				

**CLINIQUE CARDIOLOGIQUE**  
**CASA CASAS**  
 20, Rue de France Ville Oubé - Casa  
 Tél: 0522 722 222 Fax: 0522 722 225  
 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 07 06  
 20, Rue de France  
 Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 07 06  
 Cardiologue  
**DR. ALLAOUI MONTANAHO**

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE KOUTOURIA</b> Médicament Pharmacie 05 22 37 31 17 INPE: 9203 9984	05/11/21	<b>PHARMACIE KOUTOURIA</b> Médicament Pharmacie 05 22 37 31 17 INPE: 9203 9984

**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
		AM	PC	IM	IV	

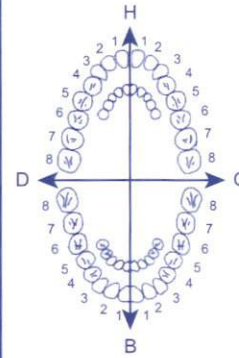
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

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"/>

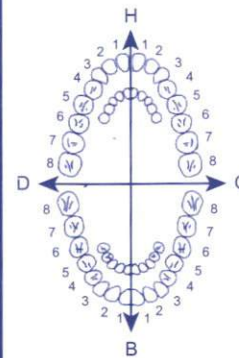


**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
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 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**

الدكتور محمد علاوي  
**Dr. Mohamed ALLAUI**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
VaxigripTetra 16 µg/0.5 ml  
sol in b1  
P.P.V : 125,30 DH  
P: 118001 082247

de la Faculté  
de  
Médecine de PARIS  
Ancien Interne  
des  
Hôpitaux de NANCY  
Membre de la Société  
Française de Cardiologie

09/11/21

N° Khalidi Mohammed

125,30

Vaxigrip



tetra

**Dr. Mohamed ALLAUI**  
Cardiologue  
20, Rue de France - Ville Oasis - Casa  
Tél: 05 22 98 07 06 - Fax: 05 22 98 83 25

**CLINIQUE CARDIOLOGIQUE**  
**CASA - OASIS**  
20, Rue de France - Ville Oasis - Casa  
Tél: 05 22 98 07 06 - Fax: 05 22 98 83 25

**PHARMACIE KOUTOUBIA**  
Nourredine Allal  
Boulevard d'Etat en l'extension  
Lotissement Moussadek Rue 2011 n°104  
Cité Bjenana - Casablanca  
Tél: 05 22 37 31 87 - 05 22 57 39 24  
INPE: 92037384

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