

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

N° W19-459105

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	5187	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABOUTAYEB Nour SAID
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		21 / 04 / 60	
Adresse :			
Tél. : 06 15 47 21 24 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	26/10/15
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

Dr. Mohamed ALLAOUI
 Cardiologue
 Centre de France Ville - Oasis
 Tél: 022 98 07 06
 2019-07-06
 Centre de France Ville Oasis - Casablanca
 Tel: 0522 98 83 55
 Fax: 0522 98 83 55

MUPRAS
 ABOUTAYEB 30 OCT. 2019 Nour
 ACCUEIL

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 : 26/10/15
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT
Déclaration de maladie
N° W19-459105
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).
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

MUPRAS
 30 OCT. 2019
 ACCUEIL

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POPULAIRE LAKHDOU Mohamed Pharmaciens Angle Rue Hadi Omar Rifaï Casablanca Tel : 0524 20 00 00	86/08/19	362,-

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

— VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				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 PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>26633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			H	26633412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	<hr/>	
H	26633412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	<hr/>															
				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"/>												



مُصْحَّة 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 علوي

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

L. 26. 08. 2019

M^{mo} ABOUTAYEB Mouna

$$40,80 \times 4 = 162$$

- Tardyferm 80 mg

1px 21

200,-

- Dicardis Plus 80 / 12,5 mg

1px
362,-

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
 CASA - OASIS
 20, Rue de France Ville Oasis : 0522 98 07 06 / Fax : 0522 98 03 25

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

PHARMACIE POPULAIRE
 LAHLOU MOHAMED
 Pharmacie
 Angle Rue Hadi Omar Rifi & 80
 Casablanca Tel: 05 22 98 75 75

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
 30 comprimés pelliculés
 Distribué par COOPER PHARMA

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
 30 comprimés pelliculés
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
 30 comprimés pelliculés
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
 30 comprimés pelliculés
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

SOTUL 5A

28 comprimés

PPV : 200 DH 00

72279-02

6 118001 1040254

PPV : 200 DH 00

20, زنقة فرانس فييل - الوازيس - الدار البيضاء 20000
 Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 88 25 - GSM. 06 72 97 45 14 - 06 72 29 47

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