

# CONSEILS 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

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

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° W19-410624

4D: 36675

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1246

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL YALAOUL MOHAMED

Date de naissance : 04/01/1948

Adresse : 2, Rue TAHANAOUTE / HAY ESSALAM CASABLANCA

Tél. : 0661141637

Total des frais engagés :

11728

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL DIKOU  
Professeur Neurologue

Date de consultation : 07/05/2020

Nom et prénom du malade : EL YALAOUL MOHAMED

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 :

13 AOÛT 2020

Signature de l'adhérent(e) :

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA - OASIS  
Rue de France Ville Oas - Cas  
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25

MUPRAS

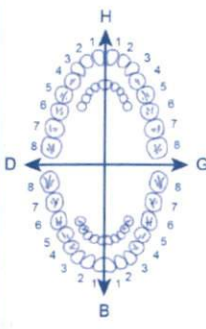
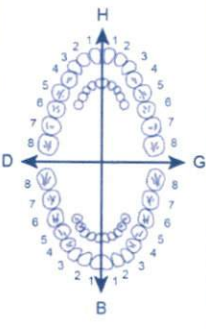


Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11-07-2016	S		G	INP : 5000 M. BOUCHARA EL MONTANA Professeur Neurologue CARDIOLOGUE SIS - Choa 93 25

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>											
						MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>											
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
					DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>											
					DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>											

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**

770572020

المرضى 770572020

66600

① KEPPRA 100

1/2 - 1



PHARMACIE ARABICA  
Hicham TALI pharmacien  
42, Rue d'Ibrahime Hay Salam C.I.L. Casablanca  
Tél.: 0522 36 13 05 Fax: 0522 36 61 05

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 666 00 DH  
ID: 633980  
6 118001 142606

50600

② DOPEZIL 10

1/2



**DOPEZIL® RANBAXY**  
Donépézil

28 comprimés pelliculés  
Voie orale

10 mg

Composition:  
Donépézil.....10mg.  
(sous forme de chlorhydrate).  
Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé.  
Excipient à effet notoire: lactose  
Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur  
A conserver à une température inférieure à 25°C.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحتفظ به بعيداً عن مرمى ومتناول الأطفال.

117200

③ ASPIRIN 100

1/2

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

Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL MKOU  
Professeur Neurologue

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