

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-581647

47348

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9611	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BEKKALI AHMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Mohamed ALLAOUI Cardiologue 29 Rue de France 33000 Casablanca - Tel. : 05 22 98 07 00			
Date de consultation : 24/10/2010			
Nom et prénom du malade : GHERRAB NAJJA Age :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Générationnaire			
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

Signature de l'adhérent(e) : NB

Le : 13/11/2010

15 NOV. 2010

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

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
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	Masticatoire										
	H	G									
<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411 11433553	
25533412	21433552										
00000000	00000000										
D											
00000000											
35533411 11433553											
B											
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
COEFFICIENT DES TRAVAUX											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
MONTANTS DES SOINS											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
DATE DU DEVIS											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
DATE DE L'EXECUTION											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											

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

24-10-2020

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



9me GHERRABI NAIMA
316,00 S.V.
- Plavix 45mg 1cp x 2/jr pdt 1 mois
35,70 S.V. pdt 1cp/jr
- Kardeoactive 160mg 1s/jr pdt 1 mois
50,70 S.V.
- Cardenol 50,5mg 1cp matin
314,00 S.V.
- Inegu 144,50 S.V. 10/20mg 1cp/jr soir
- Efac long S.V. 1gel matin
9235,00 S.V.

3 mois

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

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg cp pel b 28

P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257



6 118001 100859

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

700478499001-1
/AMM/2019/09/27/1/NDQ



6 118001 160334

INEGY ® 10 mg/20 mg

Boîte de 28 comprimés.

PPV: 314,00 DH

Distribué par MSD Maroc

LOT 29
PER 12/2020
PPV 144DH50
144,50

LOT 20
PER 02/2021
PPV 144DH50
144,50

LOT 20
PER 07/2021
PPV 144DH50
144,50

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg cp pel b 28

P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257



6 118001 100859

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

7862160238

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg cp pel b 28

P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257



6 118001 100859

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



7862160238

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg cp pel b 28

P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257



6 118001 100859

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



7862160238