

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- 062144

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **55570** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1004 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Khalidi Mohamed
Date de naissance : 1936
Adresse : Rue 57 n°5 Yacoub S. cité dynia Casa
Tél : 06.66.08.06.08 Total des frais engagés : 799,10 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 : Casablanca

Le : 15/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUTOUSIA Becton - Ent on Pharm Lotissat Mont Mouchon - 24 N Cité Bessan - Casse Tél: 05 22 37 3 87 - 85 22 57 39 24 INPE: 92035504	15/01/2021	799,10

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, 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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		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"/>
H	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 16 / 10 / 2020

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Certifie que Mlle, Mme, M. : CHAIM Ned

Présente Carole Peller 15211661

Nécessitant un traitement d'une durée de: 10 jours

Font ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

20, Rue de France Ville, Casa - Casa
Tel: 0522 98 07 06-Fax: 0522 98 83 25



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 15/10/20

1^{er} km au Sud de

27,70

Cardiologie 1000

147,40

Rozak Hall T

269,00

Coronarum 1015

1015

Coronarum 25

46,70003

Coronarum

98,00

Coronarum 1015

799,10

الدكتور
LAOUI
GUE
6 118001 090280

DES de Cardiologie

et
Faculté
de

269,00

PARIS

rne

ANANCY

ociété

liologie

Lot: PK1145B
Per: 11/2022
PPV: 116DH90

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH

6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH

6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH

6 118001 080335

LOT: 20E006
PER: 06/2022

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V: 98DH00

6 118000 062257

PHARMACIE KOUTOUBIA
Boulevard d'Etat à AARAB
Lotissement d'Etat en Pharmacie
Cité Mohammadia Rue 24 N°104
Tél: 05 22 37 31 87 - 05 22 57 39 24
NIF: 22030904

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 - دار 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

Pharmacie koutoubia.

AARAB Mohamed-docteur d'Etat en pharmacie.

Lotissement Messaoudia, Derb My Bouchaib

Rue 24 ,n° 104 Cité djemaa Casablanca.

Tél: 0522373107/0522573924

IF: 49132260 / CNSS: 1191428/ RC: 193582/ PATENTE: 33803216.

I.C.E:001696455000085

Facture : Le 15/01/2021
Mr ELILSI Mohamed

Cardio Asprine 100mg cp	→ 27,70 x 01
Pargel 100mg cp	→ 147,40 x 01
Cliveram 10/15mg cp	→ 269,00 x 01
Corvasal 2mg cp	→ 46,70 x 03
Corenat 25mg cp	→ 116,90 x 01
Tamsulo sine W/LP cp	→ 98,00 x 01
<hr/>	
T: 799,10	

Amdeu lapresent facture a la somme de

Sept cent quatre vingt dix neuf dirhams et dix cent

PHARMACIE KOUTOUBIA
Docteur AARAB Mohamed
Lotissement Messaoudia - Derb My Bouchaib
Cité Djemaa - Casablanca Rue 24 N°104
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24
INPE: 92030994