

## 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° W21-668170

147826

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

05543

Société :

RAT

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ROKHSSA

YOUSSEF

Date de naissance :

25-04-1963

Adresse :

6 Rue Beyrouth lot ELIRAKIA

Berrechid 26000

0677853161

Tél. :

Total des frais engagés :

669,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

02 FEB. 2023

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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 :

Berrechid

Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ROKHSSA YOUSSEF

Age : 59

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Poly Artérite

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.

## RELEVE 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
01/01/23	S	500	300	INP : 12345678901234567890 20, Rue de l'Éperon - 98 000 - 06-Fax:0522 98 83 25 Dr. ALLALI Cardiologue

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ERRADA Dr. M. Moulay Ismail Tel. : 0522 33 79 Fax : 062018379	01/02/23	369,00

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

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 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

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6 118001 082018

LOT : 221196  
EXP : 09/2025  
PPV : 99,00DH

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

Mr ROOKHSSA Yousef  
01-02-2023  
270,00 Coplavix (ou plavix) + Cardioaspirine  
1cp midi  
LDNA 90  
1cp fin  
99,00  
 $T = 369,00$

BERRADA Omar  
Pharmacie Chouïd  
182, Av. Moulay Ismaïl, 26102  
Berrechid - Tel : 0522 33 72 29  
INPE : 062018379

DR ALLAOUI Mohamed  
20, Rue de France Ville Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25  
Cardiologue  
E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	— MR ROKHSSA YOUSSEF
Matricule :	05543
N° CIN :	E153063
Adresse :	6 Rue Beyrouth lot EL FARAKIA Berrechid 26100 —
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : CARDIOLOGIE
N° ICE :	N° INPE : 091008771
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
poly Artéiol	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Cephalexin - LD. NOR or plavix + Cardaspirine	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 01/09/2023	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



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**

Casablanca, le 01 Février 2023

Mr ROKHSSA Youssef

FACTURE N° 00377/2023

Date	Désignation	QT	Montant
01/02/2023	Consultation Cardiologique+ECG	1	300,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			<b>300,00</b>

Arrêtée la présent facture à la somme de :  
**Trois Cents dirhams (300,00 dhs)**

Dr ALLAOUI Mohamed  
Cardiologue  
20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

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

01-Fév-2023 09:29:02

ID:  
D-naisse  
ans,  
  
Dr. ALLAOUA  
20, Rue de la  
Télé: 0522 98 07 06  
Fax: 0522 98 07 06  
ville de  
Yverdon-les-Bains  
162/94

Fréq. Card. 44 BPM  
Int PR 164 ms  
Dur.QRS 73 ms  
QT/QTc 407/358 ms  
Axes P-R-T 59 45 68

