

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

- 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.

| | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 7252 | | Société : IRAM | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : RAÏSSI LARBI | | | |
| Date de naissance : | | 15/06/1955 | |
| Adresse : | | HABIT | |
| Tél. 0666816955 | | Total des frais engagés : Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

DR. EL HADLOUSSI Abdelaaziz
Anesthésiste Réanimateur
Clinique AL HAKIM
Tél : 05 22 53 55 57 / 05 22 33 75 31
INPE : 061311809

Cachet du médecin :

Date de consultation : **15/06/2023**

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Fumême Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Pathologie oncologique**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

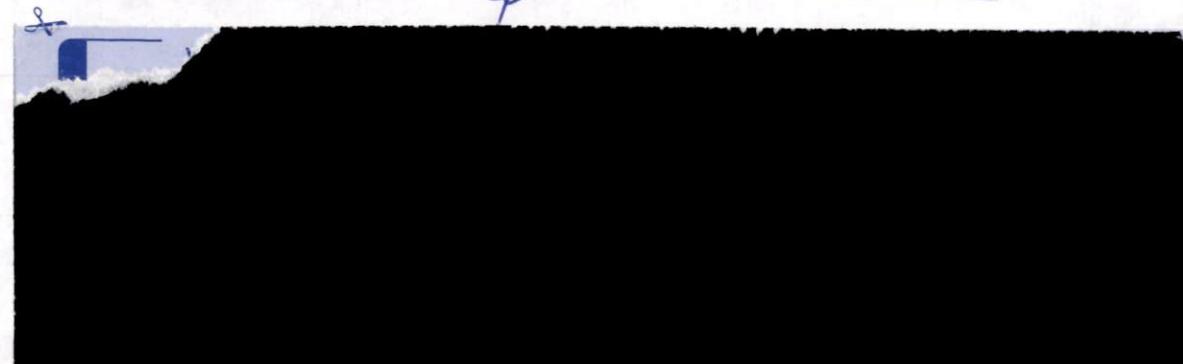
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **DEROUA** Le : **22/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/6/23 | C S | | 3.00 DH | <i>Dr. EL HADLOUSSI Abdelaaziz Anesthésiste Réanimateur Clinique AL HAKIM Tél : 05 22 53 55 57 / 05 22 33 75 37 INPE : 061311809</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| HARMACIE EL DUMOUUA 244 lotissement el wafaa Derouia Fix : 05 22 53 20 54 | 15-6-23 | 253,10 |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | Coefficient des travaux |
|---------------------------|---|----------------------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des travaux |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
| | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM

Berrechid, le 15/06/23

FACTURE N° 30/23

Nom : RAISSI

Prénom : EL ARBI

CONSULTATION : 300.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme
de :
« TROIS CENT DIRHAMS »

CLINIQUE AL HAKIM
Lottissement ISMAILIA - Berrechid
06 61 75 96 74

INPE : 060065240



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM

Berrechid, le

15/06/23

CR CONSULTATION

Nom et Prénom : Raisi El Abbi

Age : 65 Ans

Motif de consultation : ADK...prostatarique.

Traitements :

Métaotique

Gestion de la DR

X Ord — = Antalgique.

Analginiques

Dr. EL HADLOUSSI Abdelaaziz
Anesthésiste Réanimateur

Tél : 05 22 33 75 37 / 05 22 53 55 57 / 06 61 75 96 74 - الهاتف : 26100 برشيد - تجزئة الإسماعيلية، 40
Clinique AL HAKIM
INPE : 06 13 41 80 09

INPE : 060065240



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM

060065240

El Arbi

Rai Ssi

24.10

① Dede homy. gel

1 gel / j
00,00

S.V.

② Cotimed 20-

3cp/j le matin ~~Après repas~~ / 5j

③ Lycine 158
44 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

39. 82 2cp x 21;

④ Lansay Gtt
Gtt le matin ~~S.V.~~

- 5 Gtt le matin
- 10 Gtt le soir

⑤ Durofene 75 mg

1 pach | 7214 ·

⑥ Newatin
09.20

HARMAGIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Beroua
TÉL: 05 22 33 20 54
S.V.

1cp x21 ;

Dr. EL HADLOUSSI Abdelaaziz
Anesthésiste Réanimateur
Clinique H. HAKIM
Tél: 05 22 53 55 57 / 05 22 33 75 37
INPE: 06 131 809

253,10

