

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

- Reclamation : 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'Unité
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-012086

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7252 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAISSI LARBI

Date de naissance : 16/06/34

Adresse : HABIT

Tél. 0666806955 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : pathologie planique

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 : MARRAKECH Le : 22/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Sachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/01/23	C5		3.000 DH	Dr. GHADLOUSSI Abdelaziz Anesthésiste Réanimateur Clinique AL HAKIM Tél : 05 22 53 55 57 / 05 22 53 55 58 INPE : 0613 22 53 55

HADLOUSSI Abdelaziz
Anesthésiste Réanimateur
Clinique AL HAKIM
Tél: 05 22 53 55 57 / 05 22 33 75 37
INPE: 061311809

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL DUMOUMA</p> <p>244 lotissement el wafaa</p> <p>Deroua</p> <p>Fix : 05 22 53 20 54</p>	15-6-23	253,10

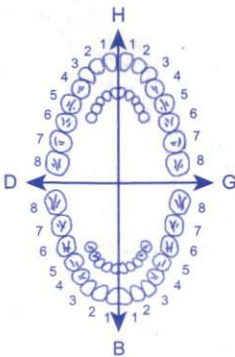
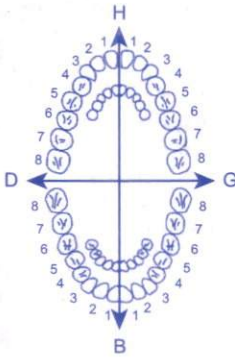
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 00000000 00000000 </div> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> D <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 35533411 11433553 </div> </div> </div>			
	(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 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة 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 »



INPE : 060065240



مصلحة الحكيم

Clinique AL HAKIM

Berrechid, le

15/06/23

CR CONSULTATION

Nom et Prénom :

RAÏSSI EL ARBI

Age : 65 Ans

Motif de consultation :

ADK prostatique .

Traitement :

Métastatique

Gestion de la DR

X ord ----- = Antalgique .

Analysés

Dr. EL HADLOUSSI Abdelaziz
Anesthésiste Réanimateur
Clinique AL HAKIM
Tél : 05 22 53 55 57 / 05 22 33 75 37
INPE : 061341809

INPE : 060065240



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM



060065240

EL ARBI

RAIssi

39.10

① Deds 40mg. gel

2 gel / ;

② Cotipred 20

3cp / ; le matin Après repas / ;

③ Lynice 150

39.80 2cp x 21 ;

④ lareayl Gtt

5 Gtt le matin

10 Gtt le soir

⑤ Durgam 75 mg

1 puluh | 7264

29.20
⑥ Newton

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Beroua
SY 05 22 43 20 54

$1cp \times 2l$

Dr. ELHADLOUSSI Abdelaziz
Anesthésiste Réanimateur
Clinique AL HAKIM
05 22 55 55 57 / 05 22 55 55 58
INPE: 0613

ADLOUSSI Abdel
Anesthésiste Réanimateur
Clinique AL HAKIM
Tél : 05 22 53 55 57 / 05 22 33 75 37
NPE : 061311809

253, 10

APPV: 99DH20

PPV: 40DH00
PER: 03/26
LOT: M764

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ah Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 39DH80
PER: 03/26
LOT: M768

LOT 211950
EXP 04/2024
PPV 74.1 ODH