

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0018652

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **4953** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ELHELIL HOUSSINE** **A 94710**

Date de naissance : **01-01-1961**

Adresse : **KES CHABAB ZONE D Imm 9 Apt 11**

HIN SERAA CASABLANCA

Tél. : **066.13.2886** Total des frais engagés : **1210,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **07/02/2024**

Nom et prénom du malade : **BOUGAIDI HA FIDA** Age : **60**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **HTA**

Affection longue durée ou chronique ALD ALC

Pathologie : **HTA**

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 : **CASA**

Le : **07/02/2024**

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
07/10/2024	CS + ES		300,00DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N° 7 Lot Chabab Groupe C INPI : 092067115 Tél : 05 22 73 7	10/2/24	9.10,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

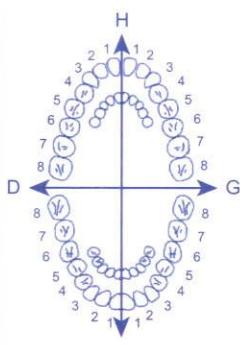
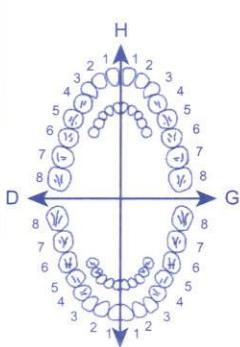
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

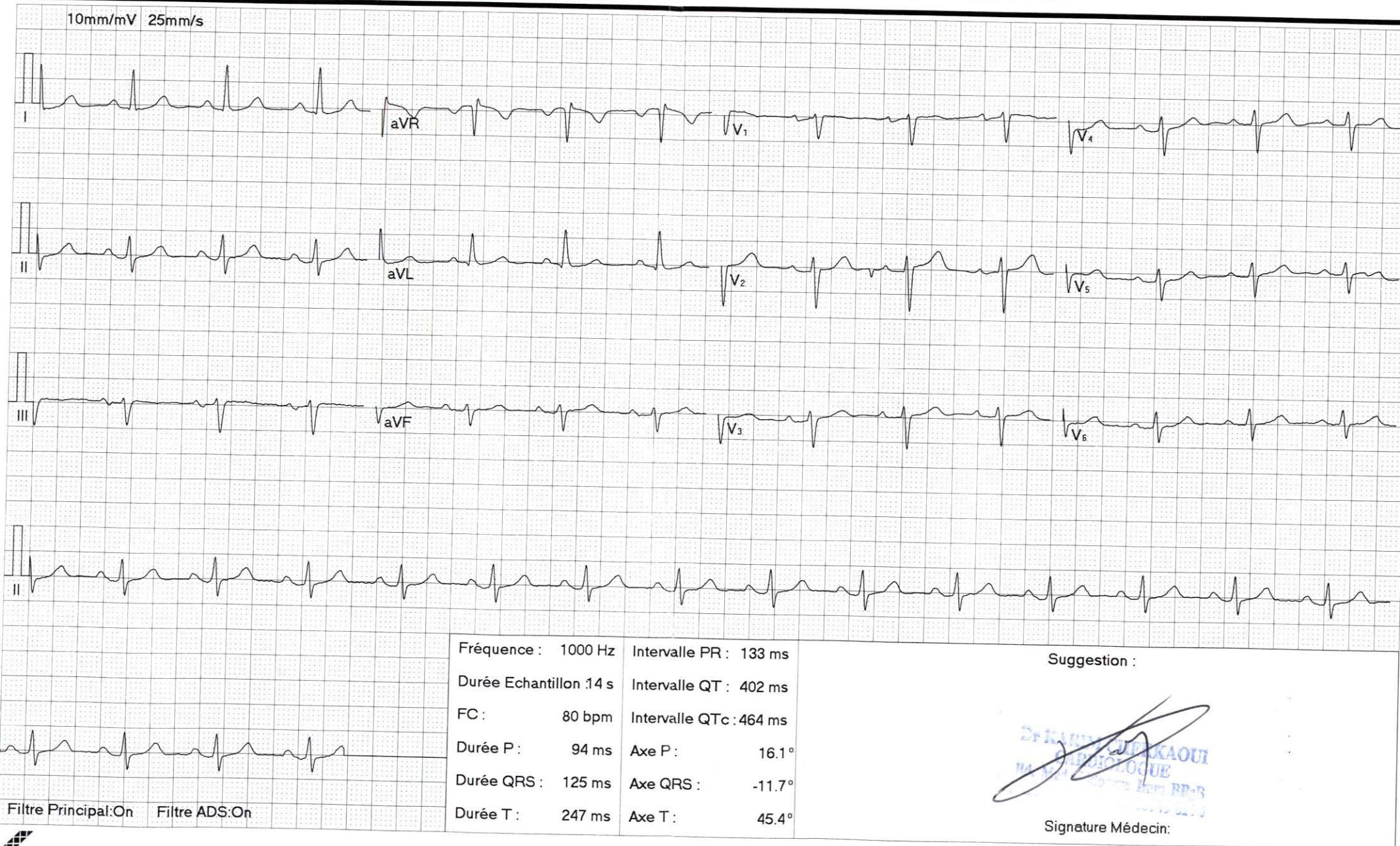
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ECG

Dr CHERKAOUI Karim

NOM: BOUGAJDI HAFIDA ID : Sexe : Femme Age : Date : 7-2-2024



عيادة أمراض القلب والشرايين

Cabinet de Consultations et d'explorations Cardio-Vasculaires

Consultation sur Rendez-vous

Dr. Karim CHERKAOUI
CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de médecine
PARIS V et VI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Cardiologue à la C.N.S.S.



الدكتور كريم الشرقاوي

اختصاصي في أمراض القلب

خريج جامعة الطب بباريس V و IV

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بمصحة الضمان الاجتماعي

ORDONNANCE

Casablanca, le 05/02/2024 الدار البيضاء.....

182. N° 25

M. Bougajdi Haafidh

182.100

⇒ Buhat / 60/5/12,5

1cp/6



3

182.100

✓ 910.50

182.100

PHARMACIE ATHINA
N 7 Lot Chabab Groupe C2
Ain Sebaa CASABLANCA
INPE : 092067115
Tél : 05 22 73 74 73

182.100

182.100



شارع محمد الدرة، إقامة الحمد عماره ب رIII ب، الطابق الثاني رقم 3، عين الصياغ، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 34 27 08 - الفاكس: 05 22 34 27 09

Boulevard Mohamed Eddourra, Résidence El Hamd Imm BR III B, 2^{me} Etage N° 3 - Ain Sebaâ - Casablanca Tél : 0522 34 27 08 - Fax : 0522 34 27 09

URGENCES

0660.79.81.90

الاستعجالات