

# 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.

N° W19-531787

**3589**

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : <b>05543</b>		Société : <b>RAM</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <b>ROKHSSA YOUSSEF</b>		<input type="checkbox"/> Autre :
Date de naissance : <b>25-04-1963</b>		
Adresse : <b>6 Rue Beyrouth lot Irakia Berrechid 26100</b>		
Tél. : <b>0677857461</b>		Total des frais engagés : <b>261,60 DHS</b> Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <b>ZICHSSA YOUSSEF</b>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **Berrechid**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **23/07/20**

## 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
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/2022	261,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

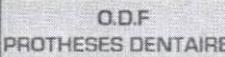
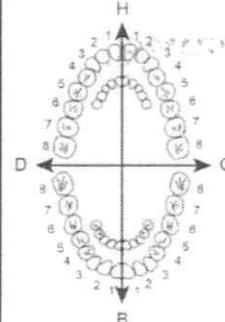
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

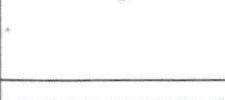
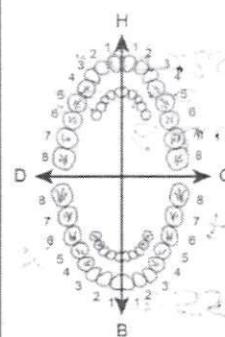
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **Coefficient des travaux**

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

-FIN-  
D'EXECUTION

CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

RC : 5074

Patente: 40713036

INPE: 062024443

ICE: 001589793000029

Bérechid Le 23/07/2020

Facture N° 04

M. ROKHSSA

Youssef.

Quantité	désignation	Prix	Montant
01	CDANOR 10 mg	57,80	
01	ASICARDIL 160 mg	23,80	
01	Fluxet	180,00	
Total		261,60	

Arrêter la présente facture  
à la somme de  
deux cent soixante et un dirhams  
et 60 centimes

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés

PPV 230 H 80  
EXP 02/2022  
LOT 90012 Eص.ب.د.ل  
Pharmacie EL IRAXI  
Dr. ABDERRAHMAN BERRECHID  
267, route de Tizi Ouzou  
Tél: 0523 33 83 45LUD 201043 1  
EXP 04 2023  
PPV 180 00

PPV (DH):

LOT N°:

5780

UT. AV.:

PPV: 57,80 DH  
UT. AV: 01/2023  
LOT : 200179



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

ASICARDIL<sup>®</sup> 160 mg

PPV 23DH80

EXP 01/2022

LOT 90012 4

LOT : 200178  
UT AV : 01/2023  
PPV: 57,80 DH



# 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**

23/06/2022

D- Rokhose Young

23.8V

1)- Akmed 140

St, 80 140

2)- Louna 100

70.40 140

3)- flex 120  
(gel)

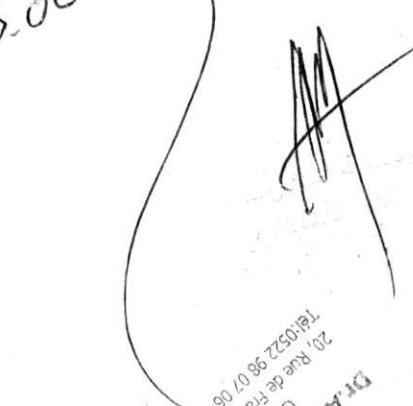
140

03  
ص

03  
egain

23/06/2022

113.00



Dr ALLAOUI Mohamed  
20, Rue de France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000  
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

valable 3 mois

17/06/2012

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Rokhsa Joussef*

Présente *Poly Arden*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *longue durée*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)