

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

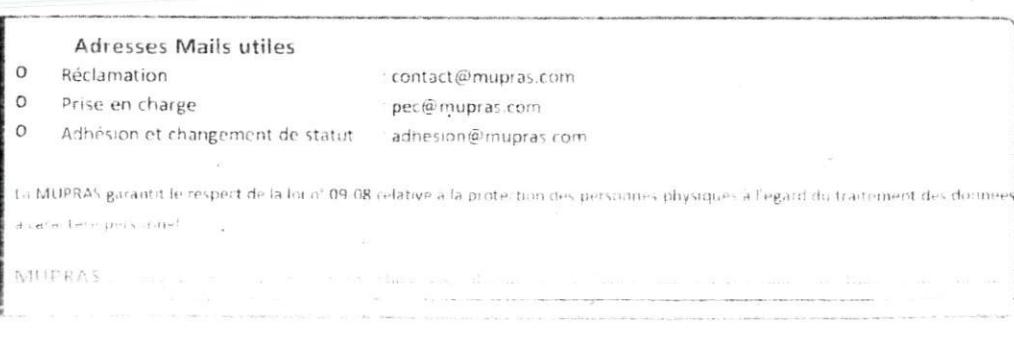
| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 05543 | Société : | RAM (394,82) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ROKHESSE YOUSSEF | | | |
| Date de naissance : 25 - 04 - 1963 | | | |
| Adresse : 6 Rue Beyrouth 201 Iraquia-Berrechid 26100 | | | |
| Tél. : 0677852461 Total des frais engagés : - 153,00 - Dhs | | | |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : / / | |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | |
| Age : 57 ans | |
| Conjoint <input type="checkbox"/> | |
| Enfant <input type="checkbox"/> | |
| Nature de la maladie : | |
| ACCUEIL | |
| 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 : 14/08/20



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 : 11111111 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>صيادلة العرادة</i> pharmacie EL IRAK Dr. Youssef EL IRAK 67, Rue Dakar BERRECHID Tél. 022 212 86 45 | 24/08/20 | 183,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser le dent traité, l'ento tratique 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 | INP : 11111111 |
|---------------------------|---|---------------------------|-------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 05533410 00000000 | G 21433552 00000000 | | |
| | D 00000000 05533411 | | | |
| | B 00000000 11433553 | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Patient n°
40713038
RL 5074
INP E 062024443

M RAIKELI
SIDI BOUZID
Pharmacie EL TRAKI
Dr. Youssef EL TRAKI
267, Rue Dakhlia - BERRECHID
Tél.: 0522 528345

ABERRECHID le 26/08/20

FACTURE N° 20701

| Quantité | Désignation | Prix Unitaire | Montant |
|---|-------------------|---------------|---------|
| 01 | ASKARDIL 160mg q | 23,80 | 23,80 |
| 01 | L-Dolor 10mg q | 57,80 | 57,80 |
| 01 | Fluoxet 20mg/10cp | 71,40 | 71,40 |
| Total | | | 153,00 |
| Arrêter la présente facture à la somme de Cent cinquante trois dinars | | | |



| | | |
|---------------|----------------|----------|
| PPV (DH): | LOT N°: | UT. AV.: |
| PPV: 57,80 DH | UT AV: 01/2023 | |
| LOT : 200179 | | |

صيدلاني العراقي
Pharmacie EL TRAKI
Dr. Youssef EL TRAKI
267, Rue Dakhlia - BERRECHID
Tél.: 0522 528345

LOT 200221 3
EXP 01 2023
PPV 71.40

valable 3 mois

17/06/2011

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

(ROKHSRA YOUSSEF)

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Conge maladie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)



مصححة 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

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

ASKARDIL 160 mg

PPV 23DH80
EXP 01/2022
LOT 90012 4

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

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 200221 3
EXP : 01 2023
PPV : 71,40



D- R. Alloue Yancy
23/06/2022
1) Ahsen 148
2) L. N. 10 148
3) H. Max 148
Date 03/06/2022

113.00

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