

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Nº P19- 053304

N.D. 43106

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7761

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAOQOUBI LATIFA

Date de naissance :

03/01/1963

Adresse :

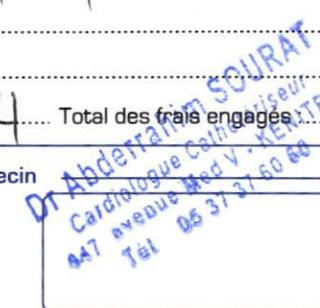
Tél. : 0613627614

Total des frais engagés

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/01/2013

Age :

50 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : ..... / ..... / .....

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 11/10/20        |                   |                       | Dr Abderrahim SOUHA<br>Cardiologue Cathétériseur<br>1 Avenue Med V - KENITRA<br>Tel: 05 37 37 80 80 |  |
|                 |                   |                       |   |  |
|                 |                   |                       |   |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                          | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE MAAMORA<br>10, Rue Sidi El Mekki Ben Tahar<br>Kenitra | 07/10/20 | 401,000               |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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

| 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      |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411     | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B           | DATE DU DEVIS           |
|                           |   |                                       |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|                           |   |                                       |             |                         |
|                           |   |                                       |             |                         |
|                           |   |                                       |             |                         |
|                           |   |                                       |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur SOURAT Abderrahim  
SPECIALISTE DES MALADIES  
DU COEUR ET DES VAISSEAUX  
CATHETERISEUR  
Ex. Attaché au service de  
Cardiologie CHU IBN SINA - RABAT



الدكتور سورات عبد الرحيم

اخصاصي في أمراض القلب والشرايين

اخصاصي في القسطرة

طبيب سابق بمصلحة القلب والشرايين

بالمراكز الجامعية ابن سينا بالرباط

Sur Rendez-vous

Kénitra, le

بالعيادة

07 - 15,

القنيطرة

47.80 - 150 - 1000  
63,30x3  
 $\frac{1}{1}$  150  
3.80  
47.80 150 1000  
DADEN  
21,80 150  
Diphalium  
56,30 150 1000  
Dove 150  
89,80 150 1000  
De la fum 150

PHARMACIE MA.AMC.P.L.  
Mme Fathia S. Ep. T.  
30, Rue Hassan Ben  
Tel.: 05 37 37 64 47

Abderrahim SOURAT  
Cardiologue Cathétériseur  
Avenue Mohamed V - KENITRA  
05 37 37 60 60

447، شارع محمد الخامس. القنيطرة - الهاتف / الفاكس: 05 37 37 60 60

447, Avenue Mohamed V - KENITRA - Tél. / Fax : Cabinet : 05 37 37 60 60 - E-mail : Abderrahimsourat@gmail.com

