

## 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

- O Réclamation** : contact@mupras.com
  - O Prise en charge** : pec@mupras.com
  - O 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.



## Declaration de Maladie

Nº W19-515934

5-8438

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <b>06987</b>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>EL RHAYTI Larbi</b>		
Date de naissance : <b>01 - 01 - 1948</b>		
Adresse : <b>5 Rue des Pleiades Ps IHRANE - 5<sup>e</sup> Etage</b>		
Adr. N° 16		
Tél. <b>0661456961</b>	Dr. EL MAKHLOUF Aït professeur Médecin Agrégé Cardiologie 55/59 - 05/59 - 05/22 29 89 Med. Abdouh - Casa 05/22 47 26 89	
Total des frais engagés : <b>16761</b>		
Cadre réservé au Médecin Agrégé Cardiologie M. EL MAKHLOUF Aït 55/59 - 05/59 - 05/22 29 89		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <b>Mardi 1er Janvier 2011</b>		
Nom et prénom du malade : <b>M. Larbi EL RHAYTI</b>	Age : <b>63</b>	
Lien de parenté : <b>H</b>	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>A</b>		
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 m'engage à ne pas avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
Fait à : <b>El Rhayti</b>	Le : <b>07/10/2011</b>	
Signature de l'adhérent(e) : <b>El Rhayti</b>		

WLG - 515934

## 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
08/12/2012	66 53		300 000	INP : 091057851 Dr. EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologue 5, Rue Med. Abdouh - Casa

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL Makhlof Casablanca - Tel: 02 8005 25</i>	08/12/2012	1376.10

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

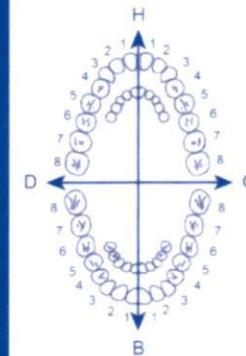
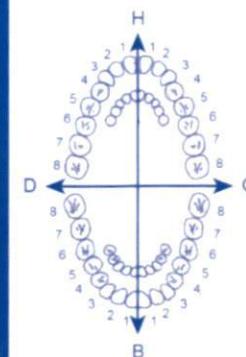
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRESDETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	G

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTIONFIN  
D'EXECUTIONCOEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

WD19 - 515934

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLUF**  
Cardiologie adulte et pédiatrique  
Explorations Cardio-vasculaire

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

حبات 10 ملغ / 5 ملغ  
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

105

حبة 30

SERVIER

269,00

حبة 30

SERVIER

323,00

269,00

Casablanca, le 8 Décembre 2020

Mr Larbi EL RHAYTI

269,00 x 3

1 - COVERAM10/5 mg

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

37,80 x 5

2 - SECTRAL 200 mg : 1 CP PAR JOUR

A NE PAS ARRETER LE MATIN

27,70 x 3

3 - ASPEGIC 100 mg : *en cache au matin 100*

1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

4 - PANTOPRAZOLE GT 20 mg: 1 cp le soir X 03 mois

5 - LDND NOR 20 mg

1 LE SOIR SANS ARRET

99,00 x 3

RW

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdou - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VIS  
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS A

LOT : 201343  
UT AV : 09/2023  
PPV : 99,00DH  
Lotto : N° :

مبلغ 99,00DH  
UT AV : 09/2023  
LOT : 201343

لدمور  
LOT : 201343  
UT AV : 09/2023  
PPV : 99,00DH

SECTRAL 200 MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
LOT : 8MA0104  
PER : 08/2021  
6 118000 060154

SECTRAL 200 MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
LOT : 7MA009  
PER : 04/2021  
6 118000 060154

SECTRAL 200 MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
LOT : 7MA008  
PER : 10/2020  
6 118000 060154

SECTRAL 200 MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
LOT : 6MA011V  
PER : 12/2021  
6 118000 060154

SECTRAL 200 MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
LOT : 8MA009  
PER : 04/2021  
6 118000 060154