

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hotel
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-585803

Dos n°
59164

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07788 Société : Chraïte
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Chraïte
 Nom & Prénom : KERMOUDI Laila
 Date de naissance : 03/03/1963
 Adresse : Les Jardins de l'Océan V6
Oued Noreg DAR BOUAZZA
 Tél : 0661214142 Total des frais engagés : #1514,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

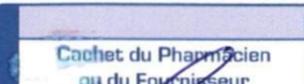
Date de consultation : 25/12/2020
 Nom et prénom du malade : Bensalah Boule Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Tr. fonctionnel de l'apophyse
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CHRAÏTE Le : 25/12/2020
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
	G		10	INP : 9910912557 Dr. R. B. B.
	Ech		10	
	anonyme		60 / 1200	
	E = V			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/2020	314,60

[illegible]

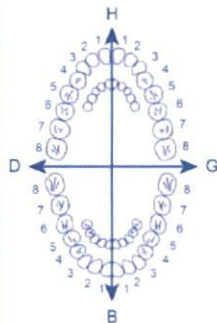
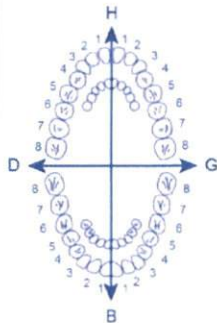
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR RACHID LARAKI

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

12360x2
Inexium 40

2700¹ q / li = j'en

Alviran 1q / li = Gdln 20ja
4040

Meteospasmyl

1q 7 fl. milieu de rep
7 jan.

F 31460

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnu al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boite 14
641750MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnu al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boite 14
641750MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
8 118001 020607

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

MARQUE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY Sati Au
Rd 15 24 Hammour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 24 08 19
RC : 399369 T.P. : 32960411

الدكتور رشيد العراقي
Dr Rachid LARAKI

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Tél : 05 22 24 08 19

Q : 0020017
D : 08/2025
P : 2 JOCH

2700

DOCTEUR RACHID LARAKI

Ancien Résident du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris VI (Pitié-Salpêtrière)

MÉDECINE INTERNE

Note d'honoraires

Mme Bensalah Laila

Casablanca, le 25/12/2020

Acte	Montant
Consultation spécialisée en médecine interne	500,00 DH
Examen des urines bandelette Cybow 10	50,00 DH
Monitoring Cardiovasculaire+ SpO2	650,00 DH
Total	1 200,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de 1 200,00 DH
(Mille deux cents dirhams)

الدكتور رشيد العراقي
Dr Rachid LARAKI
M.D. - Interniste
100, Bd. Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com
IF: 40701909 - INPE: 091092551 - ICE: 001681227000058

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc

Tel : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

IF: 40701909 - INPE: 091092551 - ICE: 001681227000058

DOCTEUR RACHID LARAKI
MÉDECINE INTERNE

400 Bd Brahim Roudani -Maarif – 20330 – Casablanca- Maroc

Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 – Email :rlaraki.interniste@gmail.com

M. Mme

Casablanca le

Ben Salah Loules
25/12/2020

EXAMEN DES URINES
A LA BANDELETTE

UROBILINOGENE : ✓

GLUCOSE : ✓

BILIRUBINE : ✓

CETONES : ✓

DENSITE : 1.02

SANG : ✓

PH : 6

PROTEINES : ✓

NITRITE : ✓

LEUCOCYTES : ✓

CONCLUSION :

Dr Rachid LARAKI
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07
400 Bd Brahim Roudani -Maarif – 20330 – Casablanca- Maroc

MONITORAGE CARDIOVASCULAIRE ABI

 $SpO_2 = 98\%$

	PAS	PAD	Pouls	PAM	PP	VES	DC	IPS
Bras D ^t	125	80	76	98	45	71	5,8	1,4
Cheville D ^{te}	154	76	79					
Bras G ^{che}	116	80	71	94	36	61	4,15	1,4
Cheville G ^{che}	178	84	76					

CONCLUSION : PA Normal
AOMI
IMC normal

الدكتور رشيد المراقبي
Dr Rachid LARAKI
M.D. - Cardiologue
05 22 98 14 07

- PAS : PA Systolique - PAD : PA Diastolique - PAM : PA Moyenne - PP : PA Pulsée

VES : Volume d'Ejection Systolique (ml) - DC : Débit Cardiaque (l/min) - IPS : Index de Pression Systolique

- AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs - HTO : Hypotension orthostatique