

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.

Pathologie 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.

Education :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 05543

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ROKHSRA YOUSSEF

Date de naissance :

25-04-1963

Adresse :

6 Rue Bey route Lat Irakia 26100

Tél. : 0677857461

Total des frais engagés : 475,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/03/2003

Nom et prénom du malade :

ROKHSRA YOUSSEF

Age : 58

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Patho/Ortho

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 de déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Becharia

Le : 18/03/2003

Signature de l'adhérent(e) :

RAM

ACQUET

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL IRAKI Dr. Youssef EL IRAKI 267, Rue Dar El Berrechid TBL: 0522 3283 45	16/03/21	225.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

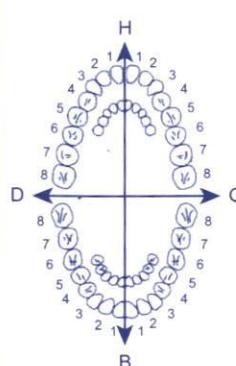
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



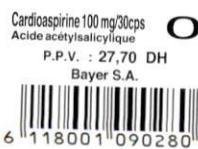
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



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

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



LOT : 201345
 UT AV : 09/2023
 PPV : 99,00DH

LOT N°: _____
 ADD (DH): _____

93,30

98,30
 Pharmacie EL IRAKI
 Dr. Youssef EL IRAKI
 267, Rue Dakira, BP 45
 Tel: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25
 11h 00 à 22h 00
 مصطفى العراقي

225,00

صيادلية العراقي
 Pharmacie EL IRAKI
 Dr. Youssef EL IRAKI
 RECHID

180,00 de 11h

Dr. ALLAOUI Mohamed
 CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
 20, Rue de France Ville Oasis - CASABLANCA
 Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25
 CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
 20, Rue de France Ville Oasis - CASABLANCA
 Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25
 CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
 20, Rue de France Ville Oasis - CASABLANCA
 Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

valable 3 mois

Le 16/03/2001

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



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

Casablanca, le 16 Mars 2021

Mr ROKHSSA Youssef

FACTURE N° 0999/2021

Date	Désignation	QT	Montant
16/03/2021	Consultation Cardiologique+ECG	1	0,00
			250,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			250,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Deux cent cinquante dirhams (250,00dhs)

20, Znقة فرنس قيل - وازيس - الدار البيضاء 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

CLINIQUE CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casablanca
Tél: 052 98 07 06 - Fax: 052 98 83 25

Dr ALLALI M'hamed

D:
-naiss
ns,

KOKASSA
Youssef

Fréq. Card. 59 BPM
Int PR: 162 ms
Dur.QRS 73 ms
QT/QTc 370/369 ms
Axes P-R-T 58 54 60

14/7

16/03/22 98 07 06 France 03/22 98 93 25
20, rue de France 75003 Paris - France
Cardiologue Drs. - Drs. - Drs.
Dr. ALLAUDE Mohamed

