

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 | : 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 M21- 048086

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1867 Société : R.A.M (89026)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SALIMI MOHAMED

Date de naissance : 01-07-1939

Adresse : HAY MOUSSA RAHM - Bloc 114 N°8 ALGODOS

Sidi Bernoussi - Casa Branca

Tél. : 06 72 73 46 65 Total des frais engagés : # 1126,7 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdoullah Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 27 26,89

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2021

Nom et prénom du malade : M SALIMI Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H-TA

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 : CASA BLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : SALEY



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
06/10/21	G3		300,00	<i>Dr. EL MAKHLOUF Professeur Agrégé de Chirurgie Dentaire 5 Rue Med. Abdoulaye Diop 0522815030</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE FA Mme ALYSSA MOUSSA Sidi Bel Abbès - Cassabance Tél: 0522739424</i>	06/10/21	826,70

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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and				

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

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

PHARMACIE YAFIA
Mme AL KHAILI AÏMA
Imme 53 Hay Bouabda
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél. : 05 22 73 94 42

Monsieur SALIMI Mohamed

Casablanca le 06/10/2021

LOT : 201669

UT AV : 11/2023

PPV : 57,80DH

LOT N°:

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

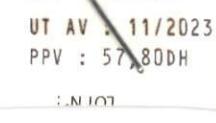
LOT : 210734

EXP : 01/2024

PPV : 57,80DH

LOT N°:

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés



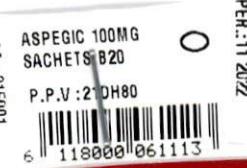
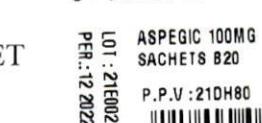
6 118000 082217

1- TRIATEC 5 MG .1 CP PAR JOUR
TTT A NE PAS ARRETER

2- LD NOR 10 MG:
1 PAR JOUR LE SOIR SANS ARRET

3- ASPEGIC 100 MG:
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

4- CARDIX 25 MG:
1/2 CP PAR JOUR MATIN SANS ARRET



6 118000 061113



6 118000 061113



Il a continué
à 3 mois

NB Boîtier

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Ali reçoit une cardiologie
5, Rue Mouloud Mammeri 10000
Casablanca

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU :06 61 13 14 83