

# 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

- 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.

107 777

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>324</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>JOUKI KHADDOUJ</u>
Nom & Prénom : <u>JOUKI KHADDOUJ</u>			
Date de naissance : <u>1940</u>			
Adresse : <u>Habibie</u>			
Tél. : <u>0679470522</u>			
Total des frais engagés : <u>1434</u> Dhs			

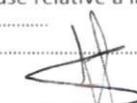
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :  Dr. LAKHSSASSI Abdellatif Cardiologue 33, Boulevard Abdellatif Ben Khaddour Tel. 05 22 94 06 06	
Date de consultation : <u>09/10/2022</u>	Nom et prénom du malade : <u>JOUKI KHADDOUJ</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : <u>Insuffisance coronarienne</u>		
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 : RAM

Le : 13/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



HAKAN

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
09/03 2022	CHIR	300 (m)	INP : 091081041	الدكتور عبد الله بن عبد الله Dr. ABDALLAH BEN ABDALLAH Dr. ABDALLAH BEN ABDALLAH Dr. ABDALLAH BEN ABDALLAH

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. ABDALLAH BEN ABDALLAH TELEPHARMACEUTIQUE Tél: 0522 93 10 22 Fax: 0522 93 10 22 Site: www.pharmacie-hanafi.com	09/03/22	1134,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

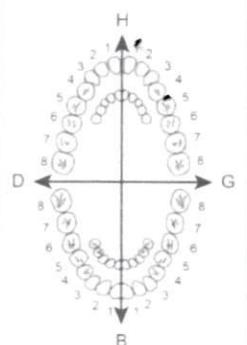
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

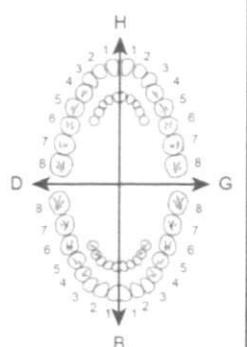
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### [Creation, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

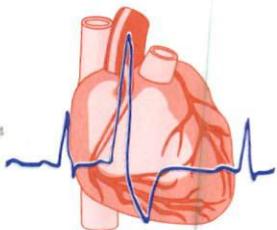
**Dr. Abdellatif LAKHASSI**

Spécialiste des Maladies du Coeur  
et des Vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

Membre de la Société Française  
de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie  
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف الخصافي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بمونبولي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب

رئيس قسم أمراض القلب سابقا

بمصحات الضمان الاجتماعي

Casablanca, le 09.03.2022

الدار البيضاء، في

3 mg

Tenkis Kaddour

34,60 x 6 = 207,60 40

نـ

50,00 x 4 = 200 40

نـ

20,00 x 3 = 60 100

نـ

95,00 x 4 = 380 200

نـ

25,00 x 5 = 125 040

Dr. Abdellatif LAKHASSI  
Cardiologue  
33, Boulevard Abdellatif Ben Kaddour  
Tel : 05 22 94 06 06

1134,60

الدكتور عبد اللطيف الخصافي  
Dr. LAKHASSI Abdellatif  
Cardiologue  
33, Boulevard Abdellatif Ben Kaddour  
Tel : 05 22 94 06 06

33 شارع عبد اللطيف بن قدور - اقامة بيلا فيستا II - شقة 4 - الطابق 2 - الدار البيضاء  
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour - Rés. Bella Vista II - Appt. N° 4 - 2<sup>ème</sup> Etage - Casa  
GSM : 06 61 14 48 64 - المحمول : FAX : 05 22 94 00 60 - TEL. : 05 22 94 06 06

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
L01 :21E013  
PER :08 2025  
6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
L01 :21E013  
PER :08 2025  
6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
L01 :21E013  
PER :08 2025  
6 118000 060468

LOT 211284 1  
EXP 05 2023  
PPV 90 00

LOT 211284 1  
EXP 05 2023  
PPV 90 00

LOT 211284 1  
EXP 05 2023  
PPV 90 00

LOT : 211270  
EXP : 09/2024  
PPV : 99,00 DH  
LOT N° :  
6 118001 040117

LOT : 211270  
EXP : 09/2024  
PPV : 99,00 DH  
LOT N° :  
6 118001 040117

71,00  
6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

LOT : 211270  
EXP : 09/2024  
PPV : 99,00 DH  
LOT N° :  
6 118001 040117

LOT : 211276  
EXP : 09/2024  
PPV : 99,00 DH  
LOT N° :  
6 118001 040117

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00