

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.

N° W21-702849

W21-702849

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------|--|--|--|--------------------|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autre | | | | | | | | | | |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | | | | | | | | | | | |
| Matricule : <u>1229A</u> | Société : <u>RAM</u> | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | | | | | | | | | | | | |
| Nom & Prénom : <u>BOUKDOUR AMINE</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Date de naissance : <u>10-03-1981</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse : <u>RAM - ANFA</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Tél. : <u>06 7266 7586</u> Total des frais engagés : | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cadre réservé au Médecin</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cachet du médecin</td> </tr> <tr> <td>DR ZOUHAIR MOHAMMED</td> <td>MEDECIN URGENTISTE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tel: CENTRE MEDICAL MOBARB</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tél: 0522 834281/0522 290070</td> </tr> </table> | | | | Cadre réservé au Médecin | | Cachet du médecin | | DR ZOUHAIR MOHAMMED | MEDECIN URGENTISTE | Tel: CENTRE MEDICAL MOBARB | | Tél: 0522 834281/0522 290070 | |
| Cadre réservé au Médecin | | | | | | | | | | | | | |
| Cachet du médecin | | | | | | | | | | | | | |
| DR ZOUHAIR MOHAMMED | MEDECIN URGENTISTE | | | | | | | | | | | | |
| Tel: CENTRE MEDICAL MOBARB | | | | | | | | | | | | | |
| Tél: 0522 834281/0522 290070 | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>31 MAI 2022</td> <td>ACQUELLÉ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Date de consultation : <u>26/04/22</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom et prénom du malade : <u>Boukdar Amine</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nature de la maladie : <u>bronchite</u></td> </tr> </table> | | | | 31 MAI 2022 | ACQUELLÉ | Date de consultation : <u>26/04/22</u> | | Nom et prénom du malade : <u>Boukdar Amine</u> | | Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint | | Nature de la maladie : <u>bronchite</u> | |
| 31 MAI 2022 | ACQUELLÉ | | | | | | | | | | | | |
| Date de consultation : <u>26/04/22</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>Boukdar Amine</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint | | | | | | | | | | | | | |
| Nature de la maladie : <u>bronchite</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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 10/05/22

Signature de l'adhérent(e) : Amine

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/04/21 | Cx | | 200DH. | INP : 091224898 DR ZOUHAIR MOHAMMED MEDECIN URGENTISTE CENTRE MEDICAL DARB 0522292429/0522290070 Tel: 0522292429/0522290070 |
| | | | Test Ag : 300DH. | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL Route AZEMOUR Res Terrasses Maroc Dar Bouazza - Casablanca Tel 05 22 29 10 87 | 26/04/22 | 248,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| DR ZOUHAIR MOHAMMED MEDECIN URGENTISTE CENTRE MEDICAL DARB 0522292429/0522290070 Tel: 0522292429/0522290070 | 26/04/22 | test R.A p de | 300DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

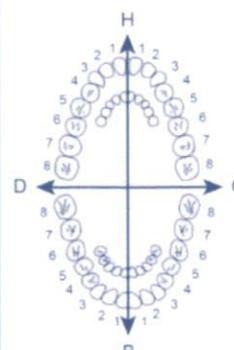
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | INP : [] |
| | | | | 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 |

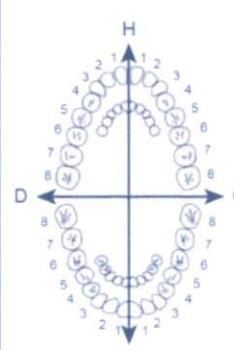


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|---------------------|
| H | 25533412 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

CENTRE MEDICAL
DAR BOUAZZA



المركز الطبي
دار بوعزة

Casablanca, le

Ordonnance

بـ يوميلاز

200 U.CEIP/ml

26/04/22

40,00

Bankdoum Amine

40,00

1) Marilose shop.
100x 3/8



14,00

2) - Olympe B.
14x 3/8



PPV: 14DH00
PER: 01/25
LOT: L253



126,00

3) - Biotic plus 1g
150x 2g PDC 6g.



69,00

4) - Dci - Vax
DR ZOUHAIR MOHAMMED
MEDECIN URGENTISTE
CENTRE MEDICAL DARB
0522 29 24 19 05 22 29 00 70
06 17 39 17 07

T = 248,00



BIOTIC PLUS 1g/125 mg
Poudre pour suspension buvable en sachet
Boîte de 14 sachets à PPV - 125,00 DH
6 118000 191029

2.7 - SELA PLAZA, CENTRE COMMERCIAL CARREFOUR - D

TÉL. : 05 22 29 24 29 / 05 22 29 00 70 - GSM 06 17 89

CENTRE MEDICAL
DAR BOUAZZA



المركز الطبي
دار بوعزة

Ordonnance

Casablanca, le 26/04/2022 الدار البيضاء، في

NOTE D'HONORAIRE

POUR UN TEST ANTIGENIQUE COVID19

RAPIDE DE AMINE BOUKDOUR

TEST RAPIDE = 300DHS

DR ZOUHAIR MOHAMMED
MEDECIN URGENTISTE
CENTRE MEDICAL DARB
TÉL : 0522 29 24 29 / 0522 29 00 70
GSM : 06 17 89 17 07

CENTRE MEDICAL

DAR BOUAZZA



DARB URGENCES

المركز الطبي
دار بوعزة

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigne **Dr ZOUHAIR MOHAMED** Certifie que :

Le (a) nommé(e) : **AMINE BOUKDOUR**

CIN N :BE742654

A bénéficié du test Antigénique Rapide du COVID19 par **Prélèvement Naso-Pharyngé** :

LE : 26/04/2022

Et le résultat a été : **NEGATIF**

Le (a) patient(e) peut vivre en collectivité (~~doit se confiner~~) avec respect des mesures de barrière et des règles d'hygiènes destinées à la population générale :

- Port de masques.
- Maintien d'une distance minimale d'un mètre entre les personnes.
- Lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou une solution hydro-alcoolique

Ce certificat est délivré à l'intéressé ; sur sa demande pour servir et faire valoir ce que de droit.

DR ZOUHAIR MOHAMMED
MEDECIN URGENTISTE
CENTRE MEDICAL DARB
Tel : 0522 29 24 29 / 0522 29 00 70
GSM : 06 17 89 17 07

2.7 – SELA PLAZA . CENTRE COMMERCIAL CARREFOUR – DAR BOUAZZA 20220 -

Tel : 05 22 29 24 29 / 05 22 29 00 70 – GSM 06 17 89 17 07