

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0010789

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AOUAD M. HAMED
 Date de naissance : 11.12.1943
 Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ET 95
 APPT n° 10 CASABLANCA
 Tél. : 06 63 18 8044 Total des frais engagés : 1151,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid EL HACHMI
 CARDIOLOGUE
 222 Bd. Brahim Roudani
 Tél: 05 22 90 18 78 - CASABLANCA
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19/07/22
 Nom et prénom du malade : AOUAD M. HAMED Age : 78 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DED de 4ème commande
 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 : CASABLANCA

Le : 19/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

19/07/22 2500 L 300,00

39 4, 48

Dr. Khaled EL HACHEM
CARDIOLOGUE
Bd. Brahim Moukhami
no 1278 - CASABLANCA

PHARMACIE MY YOUSSEF Saidi Cherif BOUAZZANE Docteur en Pharmacie		EXECUTION DES ORDONNANCES	
139, Boulevard My Youssef Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25		Date	Montant de la Facture
INPE: 092043355		19/07/2020	851,70

PHARMACIE MY VOUSSEF
Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date 9/07/2022

Montant de la Facture

Montant de la Facture

INPE: 092043355

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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	

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

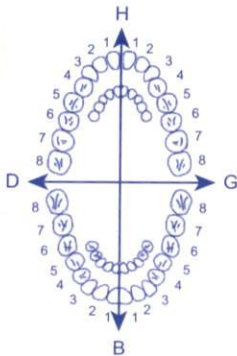
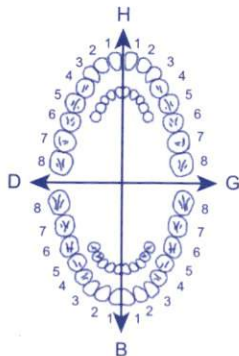
Montant détaillé des Honoraires	
------------------------------------	--

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									
				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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

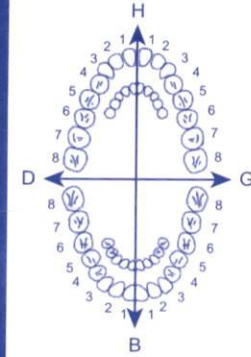
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

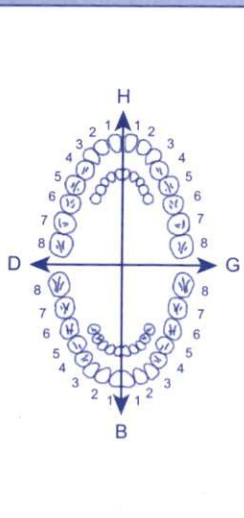
[illegible]

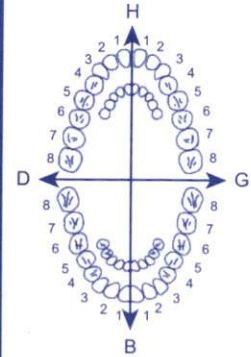
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

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

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	D G	MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



le 19/07/2022

Dr. Rachid EL HACHIMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
25 22 99 18 78 - CASABLANCA

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

Dr. Rachid EL HACHMI remplit par le praticien
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA

Je soussigné:
Certifie que M^{lle}, M^{me}, M: HOUMAD Mohamed
Présente Dr. D. EL HACHMI
Nécessitant un traitement d'une durée de: 3 mois
Dont ci-joint l'ordonnance.....
(A défaut noter le traitement prescrit).....
Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
Brahim Roudani
CASABLANCA

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mudras @ rovalairmaroc.com

Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE-STIMULISTE

DIPLOME DE LA FAC.DE MEDECINE-RENNES
FRANCE
222 BD ROUDANI -MAARIF-CASA

CASABLANCA, le : 19/07/2022

Ordonnance

M. AOUAD M'HAMED

1°CO-IRVEL 150/12.5

:1cp matin

2°PLAVIX

:1cp matin

3°CARDIOASPIRINE

:1cp midi

4°ZYLORIC 300

:1cp soir 1j/2

5°NOLIP 10

:1cp soir

6°DETENSIEL 10

:1cp matin

7°PRINCIB F

:1cp matin et soir

QSP 3 MOIS

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA

Lét N° :
Exp :
PPV :

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
P.P.V : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

PHARMACIE My Y
Salma CHERIE Dto
Docteur en Ph
Boulevard My
Jlanca - Tél: 05 22 44 27 25
INPE: 092043355

LOT 222077
EXP 02/24
PPV 157DH10

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER

WCS 18/10/22

CASABLANCA, MAROC

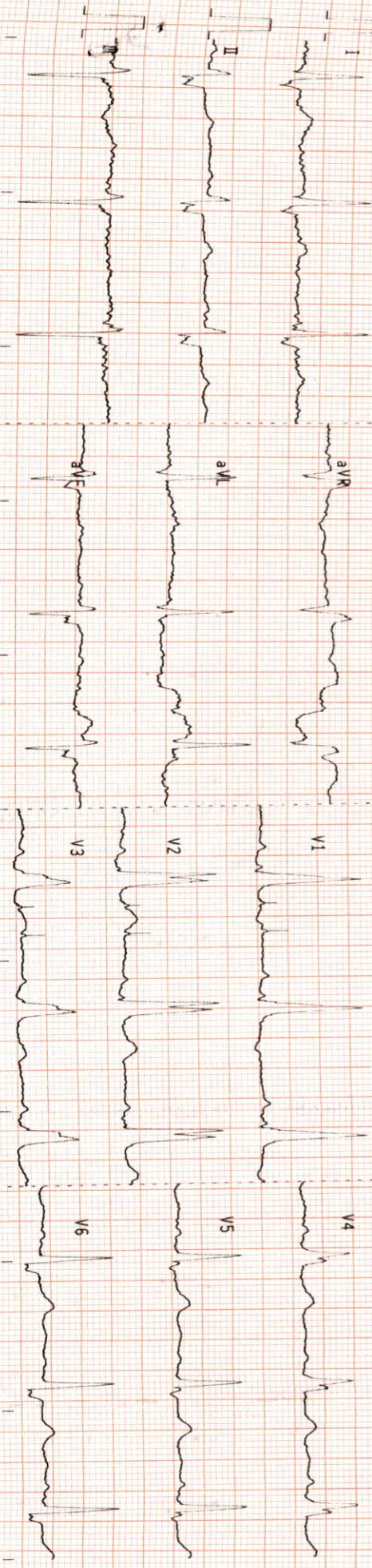
05.22.99.18.78 : - Email : ra_hachmi1@yahoo.fr

JUL. 19, 2022 16:46:02

ID =

AGE/SEX = /

NOM =



HF, Dfs

[Kenz C306 V-3.10]