

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elouafi Majd Valke SARDOU

Date de naissance : 05.03.59

Adresse : Résidence Al Nahda Im. 71 AP. 03 Bd Hassan II
Berrechid

Tél. : 06.51.60.85.60 Total des frais engagés : 2483.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAJID Elouafi

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CTE

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
05/09/22	CS + ECO		#250,00F	Dr. KHADRE MOHAMED CARDIOLOGUE 11-Bd Mouloud 4 ^e Etage, Bureau N°16 BERRECID Tél: 05.72.22.03.03.05.22.32.32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 2000 Docteur Kadir Zineb 062000591	05.09.22	2233.40

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 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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à l'Innukum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

فخص القلب المدخل

أخصائي أمراض القلب والشرايين

طبيب كلية الطب بالطرابلس

طبيب ساق ربمساشفي الشيخ خليفة بالطرابلس

طبيب ساق ربمساشفي لونشيد بمالطا

حاصل على شهادة الفحص بالصك من جامعة بودو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : **05 septembre 2022**

Mme EL OUJANI NAJAT

186,30 x 3

REGIME PAUVRE EN SEL

CO-VARTEX 160/25 MG

1 Cp/J matin à jeun

65,70 x 3

BIPROL 10 MG

1 Cp/J à midi

220,10 x 3

COPLAVIX 75/100MG

1 Cp/J à midi

157,10 x 2

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir 1J/2

139,00 x 2

INESO 20MG

1gel/J le soir

75,20

CALCINIB 10 MG

1 Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

✓ 2233,40

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L Zineb
12 bd Mohamed V - Berrechid
Télé : 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
12- Bd Mohamed V - Berrechid
Télé : 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

65,70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

65,70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

65,70

186,30

186,30

186,30



طرف:
مما للصيدلة Deva
تيدى مسؤول

من طرف:
مما للصيدلة Deva
تيدى مسؤول
العنوان: ملليل - الدار البيضاء