

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.

N° W19-475214

129850

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 3707 Société : 1...A...7

Actif Pensionné(e) Autre : ABDELLAH

Nom & Prénom : YAOUO

Date de naissance : 28-11-1960

Adresse : 44 AVENUE NATIONALE 125 LAOUD ALA ZHAN APP 412

CASA 70000

Tél. : 0661 322 421 Total des frais engagés : F 2211 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/09/2022

Nom et prénom du malade : YAOUO Age : 52

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H.I.

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 ALI Le : 16 SEP 2022

Signature de l'adhérent(e) : YAOUO

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
13.09.2022 G			30000 F CFA Télé: 0532200000 Professeur Agathe MAKHDOUMI	INP : 091057851

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme KADIRI HASANI Fatima 63, Rue Maimoun Mohamed Tel : 05 34 22 05 07 INPE: 092019835	13/09/22	Mme KADIRI HASANI Fatima 63, Rue Maimoun Mohamed Tel : 05 34 22 05 07 1911,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIODIAGNOSTIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : <input type="text"/>																
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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

Casablanca, le 13.09.2022

Mr Abdelhak YAQUOT

1 - EXFORGE 10 mg/160 mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

Traitemenent de 06 mois



Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة.
لأنها - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة.
لأنها - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة.
لأنها - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة.
لأنها - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة.
لأنها - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة.
لأنها - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة.
لأنها - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

RETER 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