

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-762916

148000

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>1307</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>MOKHTAR</b>
Nom & Prénom : <b>KOUAME</b>			
Date de naissance : <b>01/01/1954</b>			
Adresse : <b>13 lot MARIANA sidi MAALOUF CASABLANCA</b>			
Tél. <b>0667341983</b>	Total des frais engagés : <b>1566,00 Dhs</b>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<b>CARDIOLOGUE</b>			
Cachet du médecin : <b>222, Bd. Brahim Roudani</b> <b>Tél: 05.22.99.18.78 . CASABLANCA</b>			
Date de consultation : <b>30/01/23</b>			
Nom et prénom du malade : <b>KOUAME MOKHTAR</b> Age : <b>69</b>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>HTA</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : <b>CASABLANCA</b>	Le : <b>30/01/2023</b>		
Signature de l'adhérent(e) : <b>J. KOUAME</b>			

MUPRAS  
03 FEV. 2023  
KOUAME MOKHTAR

## **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
20/06/2013	visite	3	340.000	INP : 090001108 Dr. Kachid EL HACHMI CARDIOLOGUE Roudani

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE OUM EL KHEIR 147 Lot Communal N°2 Sidi Maârouf . Casa Tel : 05 22 97 52 93	20/01/23	1266,00

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	H	<table border="1"><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	G	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				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

Docteur Rachid El HACHMI

الدكتور رشيد الهاشمي

**Cardiologue**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rennes - France  
Echodoppler Cardiaque couleur  
Holter E.C.G. et Tensionnel. Epreuve d'effort  
Membre de la société française de cardiologie  
Rythmologue-Pose de Pace Maker  
Ex. Cardiologue des Hôpitaux de France

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
خريج كلية الطب بربين - فرنسا  
فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان  
عملية زرع ناظمة قلبية  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

2M,00

Casablanca, le

30/04/23

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

2M,00

KOURAME MOKHTAR

75

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

2M,00

PHARMACIE OUM EL KHEIR  
147 Lot communal N°2  
Sidi Maârof, Casablanca  
Tel : 05 22 97 82 93

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

2M,00

2M,00 x 6

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

2M,00

Q 5K 3500

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

3/5/23

T 81266,00

Sur Rendez-Vous

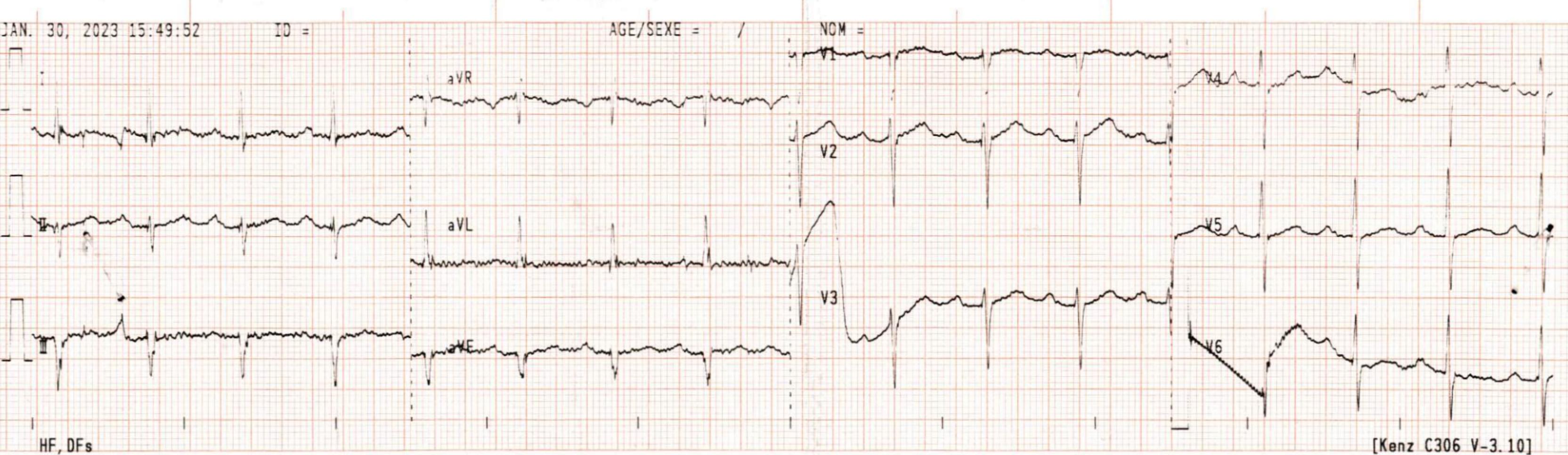
06.61.16.00.08 / 06.67.21.22.68 - المستعجلات : 05.22.99.18.78 - المعارض - الدار البيضاء - الهاتف : 222، شارع إبراهيم الروదاني - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 06 61.16.00.08 / 06 67.21.22.68  
222, Bd. Brahim Roudani 1<sup>er</sup> Etage N°2 - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22.99.18.78 - Gsm : 06 61.16.00.08 / 06 67.21.22.68  
E-mail : ra\_hachmi@yahoo.fr

JAN. 30, 2023 15:49:52

ID =

AGE/SEX = /

NOM =



HF, DFs

[Kenz C306 V-3.10]