

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.

A48735

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 8541 | Société : RAN | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BOUTALEB AICHA | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : Total des frais engagés : 560,80 Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Dr. Mohamed EL YAKOUBI Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 11, Rue d'Agadir-Casa Tél: 0522.20.94.88 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 3 Févr 2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : BENYOUNES Aicha Age : Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : DIABEPEPSIE | | | |
| 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 Le : 8 / 2 / 2023 | | | |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| - 3 Fevr 2023 | C2 | 3000 DA | INP : 291264723 | Jr. Mohamed EL YAKOUBI Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 11, Rue d'Agadir-Casa Tél: 0522 20 94 83 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE IDOUDRE SARL AU Dr. Jalila IDOUDRE N°192 Av des Facultés Quartier Laimoune Hay Hassan! Magasin N° 5 Casablanca ICE : 002954028000076 | 03.02.2023 | 260,80 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

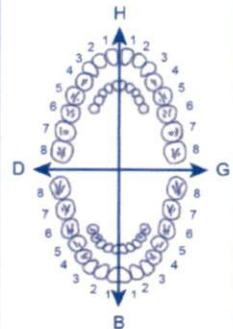
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

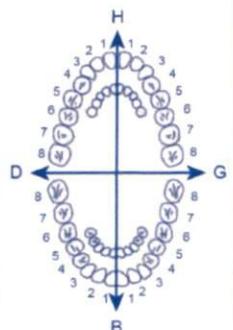
| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed EL YAKOUBI

**SPECIALISTE
des Maladies de l'Appareil Digestif
Diplômé de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER
ECHOGRAPHIE - ENDOSCOPIE
PROCTOLOGIE**



الدكتور محمد اليعقوبي

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بمونبولي

الفحص بالصدى - التنظير الداخلى

أمراض الشرج والبواسير

Casablanca, le

- 3 Fevr 2023

لدار البيضاء في

A. BOUTINER Richard

A white rectangular label with black text. The text is arranged in several lines: 'BIOFAR DIGESTION CP EFF BTE 8' at the top, followed by 'PPC : 69.00' on a diagonal line, 'Lot : 2118/12' on another diagonal line, 'UT AV' on a horizontal line, '05/2025' below it, and 'IPHADERM' at the bottom right.

biofer digestion of 2Mg $1 \times \overline{69,00}$

Le 22 juillet 1951 à l'Institut de Médecine Tropicale de Paris

Pholidoscelis 109 1 x 32,82

~~1 - 31~~ 18 ninety A

$\begin{array}{r} 4 \\ \times 2 \\ \hline 8 \end{array}$

Carbonylone City: Pm

solve < 31. Brent \approx

1xu4.83

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 48 gélules (24 doses)
PPV 44.80 DH

Zugspitze: Beste du 14

1×82

gill l antic acid

I jetzt abj

Mantes - Lir 1 x 3215

Aug. 31. Lane Arg

total = 260,80

32 / 10

Dr. Mohamed EL YAKUE
Spécialiste des Maladies de
l'Appareil Digestif
Agadir - Casa
183

١١- زنقة أشداد ٢٠ طلعة الوجه - (مقابل السوق) - الدار السفلى - السلفات : ٨٣ ٩٤ ٢٠ ٩٤ ٢٠ ٥٥

11, Rue d'Agadir - 1er Etage - (en face du Marché) - CASABLANCA - Tél. : 05 22 70 94 83 - E-mail : medelyakoubi@hotmail.fr