

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-803863

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **3520** Société : **R.A.M. / 68030**

Matricule : **3520**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **LAMSAADIA Amine Veuve FARHI**

Date de naissance : **1953**

Adresse : **10 Rue Ibn BAJA - Chantilly**

Tél. : **0689221370** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **30/07/2023**

Nom et prénom du malade : **Amina Farhi** Age : _____

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Ane mie**

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**

Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : **30/07/2023**

VOLET ADHÉRENT

RELEVÉ 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
30/05/2023	18	509,00	650,00	INP : 0011092851
	Remplacement dent		1150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/05/23	86,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

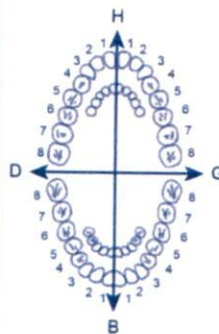
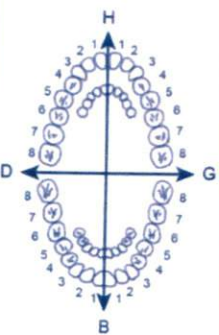
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	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 border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	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

D^OCTEUR RACHID LARAKI

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

2 30/5/23

A^r Amine Farhi

Actol 1/geran (S.V.) 6 m^{is}
26.20

Uvedose 100 000 n = 3

1 Aug Per 4 2 m^{is} (S.V.)
58.50 (19.50 x 3)

84.70

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR
N° 142024
133, rue Roudani - Maarif - Casablanca
Tél. 05 22 98 14 07

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
5 113001 185030

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 113001 185030

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
5 113001 185030

الدكتور رشيد المراقبي
Dr Rachid LARAKI
Médicine Interne
400, Bd Brahim Roudani - Maarif - Casablanca
Tél. : 05 22 98 14 07



ACFOL[®]

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT : 14222018
PER : 11/2026
PPV : 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

DOCTEUR RACHID LARAKI

Ancien Résident du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris VI (Pitié-Salpêtrière)

MÉDECINE INTERNE

Note d'honoraires

Mme Farhi Amina

Casablanca, le 30/05/2023

Acte	Montant
Consultation spécialisée en médecine interne	500,00 DH
Monitoring Cardiovasculaire +SpO2	650,00 DH
Total	1 150,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de 1 150,00 DH
(Mille Cent Cinquante dirhams)

الدكتور رشيد العراقي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
400, Bd Brahim Roudani - Maarif - Casablanca
Tél. : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

MONITORAGE CARDIOVASCULAIRE ABI

$SpO_2 = 98\%$

	PAS	PAD	Pouls	PAM	PP	VES	DC	IPS
Bras D ^t	135	70	60	86	65	110	6,6)	1,10
Cheville D ^{te}	145	70	61					
Bras G ^{che}	125	66	58					1,18
Cheville G ^{che}	150	69	58					

CONCLUSION : PA normale et régulière
Absence d'ASMI. IM normale
Pas de cardiopathie connue

PAS : PA Systolique - PAD : PA Diastolique - PAM : PA Moyenne - PP : PA Pulsée

VES : Volume d'Ejection Systolique (ml) - DC : Débit Cardiaque (l/min) - IPS : Index de Pression Systolique

ACMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

Docteur Rachid LARAKI

Dr Rachid LARAKI
Boulevard de la République
Casablanca

Pièce jointe →