

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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)
05543

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

200860

Nom & Prénom :

ROKHSSA YOLISSET

Date de naissance :

25-04-1963

Adresse :

**6 Rue Beyrouth lot EL IRAKIA
BERRECHID 26100**

Tél. :

0622857461

Total des frais engagés : **493,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age: **61 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

Pathologie :

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 : **Berrechid** Le : **27/10/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **in**

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/24	493,70

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000
D 00000000	B 35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

le 20/02/2024

Dr. Mohamed ALLAOUI
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casablanca
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

الدكتور محمد علاوي

Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie

et

Pathologie Vasculaire

de la Faculté

de

Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

270,00

R0 RTH 88A Youssef
Coplaux x 117

99,00

US NOR 20117

49,10

AMOUISH 20 x 3

75,10

Ameglo 146 Ue atif

20,8,00

Corvarell 515 1 boite

TOTAL:

701,90

Gren

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casablanca
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casablanca
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25



20, زنقة فرنس فيل - وازيس - الدار البيضاء 20000 CASABLANCA

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

PHARMACIE EL IRAKI
EL IRAKI YOUSSEF
267.RUE DAKHLA HAY AL MOUNA

Tél : 022328345

Patente N° 40713035
N°R.C. : 5074
Compte :
CNSS : 7402332
Id.Fiscale : 92964000
ICE : 001589793000029

Le : 27/03/2024

MR. ROKHSSA YOUSSEF

FACTURE : 408936 du : 27/03/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	AMEP 10 MG / 28	75,20	75,20	7,00%
1	COPLAVIX 75MG/100MG / 30CP	270,00	270,00	7,00%
1	LD-NOR 20MG /30CPR	99,00	99,00	7,00%
1	MONONITRIL 20MG BT/60 CP	49,50	49,50	0,00%
Total TTC			493,70	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT QUATRE-VINGT TREIZE DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	49,50	0,00	49,50
7.00%	7,00	415,14	29,06	444,20
		464,64	29,06	493,70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
Barcode
6 118001 082018

LOT : 231514
EXP : 11/2026
PPV : 99,00DH

صيادلة
Pharmacie EL IRAKI
Dr. Yousssef EL IRAKI
267, Rue DAKHLA BERRECHID
TEL : 0522-32-83-45

49,50

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Mme ROKHSSA YOUSSEF

Matricule :

*05543*N° CIN : *E753063*

Adresse :

*6 Rue Beyrouth lot El Matka Berrechid*Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant
Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *CARDIOLOGIE*

N° ICE :

N° INPE : *091008331*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Poly Artériel + HTA

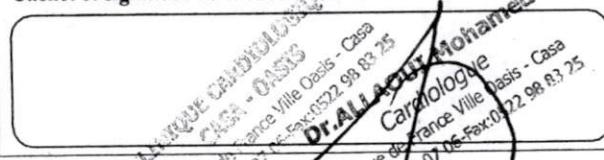
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Copaxen - LD-NOR 20 - Domuril 20 mg - COVERAT 15*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca le 01/02/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées