

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3621</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Bourkia Attafgham</u>
Nom & Prénom : <u>Bourkia Attafgham</u>			
Date de naissance : <u>06/04/1960</u>			
Adresse : <u>107 lot EL WAFAA ALEXIS</u>			
Tél. : <u>0661330888</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <u>Dr Khaïd EL YACOUBI</u> Spécialiste O.R.L. 136 Imm Faraj Lot Lina Sidi Maârouf Casablanca Tel: 05 22 97 25 26 Fax: 05 22 97 26 27			
Date de consultation : <u>08/10/2014</u>			
Nom et prénom du malade : <u>MOZEROUNI LATIFA</u> Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>HTA</u>			
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.			
 <u>25 SEP 2013</u>			

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 : CAPITAL CA ACCUEIL Le : 08/10/2014
Signature de l'adhérent(e) : Attafgham

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
03/08/2013	Ce + LF	300,00		INP : 691060500 Dr Khaled EL YACOUBI Spécialiste ORL 136 (mm) Faraj Lai Lina Sidi Maarouf Casablanca Date : 11/08/2013 FA 05/22/07/25/27

microaspiration d'oreilles

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE ALKHAIR Tél. 0522 53 25 14	5/8/13	210,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

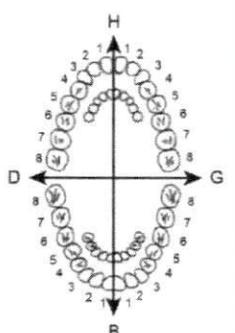
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
REU			

AUXILIAIRES MEDICAUX

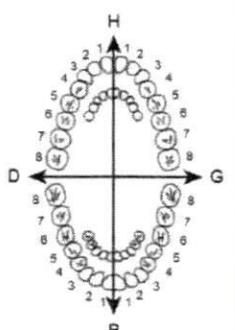
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
G	00000000	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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

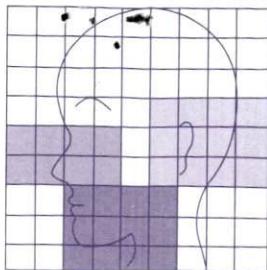
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

CABINET ORL

Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé
Faculté de Médecine de Montpellier
Nez • Gorge • Oreilles
Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمونبولي

اختصاص . فـ . أمراض الأنف - الحلق

NASOMEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

Casablanca, le 05 AOUT 2019

LOT: A080266-
PER: 04-2021
PPV: 33,00DH

7^{me} Zonal Hatch

1660 ① Locapred  1- appl 87



33 ₣
24,30 ② Spectrum plus + Solumedrol 40 + Dofrank.
4 gac 2x1 dam  Al Khaleel 87

136,80
③ Nasrex  1e

Dr. KHALID ALKHAIR
Tél: 0522 53 25 14
DÉROUA
N° 144
Loyer : 1000 DH
Imm. Faraj - Lina
Sidi Maârouf - Casablanca
05 22 97 25 26 - Fax: 05 22 97 25 27

Dr. Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
100, Imm. Faraj Bot. Lina
Sidi Maârouf - Casablanca
05 22 97 25 26 - Fax: 05 22 97 25 27