

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-513491

48057

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 72 48 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JEMAAI FATIMA ERRAHRAE

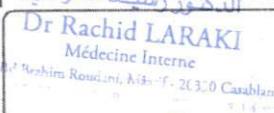
Date de naissance : 26/10/1971

Adresse : 663 Rue de la Mecque - Taxis 1
Berecidid

Tél. : 06 61 7120 15 Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/10/2020

Nom et prénom du malade : Jemaaï Fatima Zahra Age :

Lien de parenté : Lui-même Companion Enfant

Nature de la maladie : Polypathie rhinologique

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 : Berecidid Le : 04/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

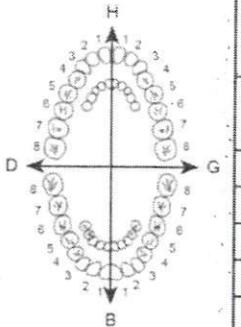
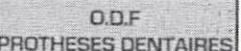
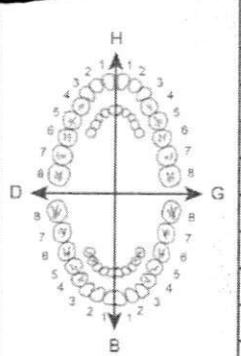
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
SIGNATURE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

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 Jemaai Fatima Zahra

Casablanca, le 08/10/2020

Acte	Montant
Consultation spécialisée en médecine interne	500,00 DH
Examen des urines bandelette Cybow 10	50,00 DH
Dynamap + SpO2	150,00 DH
Total	700,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de 700,00 DH (Sept cents dirhams)

الدكتور رشيد العراقي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
400, Bd Brahim Roudani, Marif - 20330 Casablanca
Tel : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

DOCTEUR RACHID LARAKI
MÉDECINE INTERNE

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca- Maroc
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email :rlaraki.interniste@gmail.com

✓ M. Mme Jemai Fatima Zahra
Casablanca le 08/10/2022

**EXAMEN DES URINES
A LA BANDELETTE**

UROBILINOGENE : ✓

GLUCOSE : ✓

BILIRUBINE : ✓

CETONES : ✓

DENSITE : 1020

SANG : ✓

PH : 6

PROTEINES : ✓

NITRITE : ✓

LEUCOCYTES : ✓

CONCLUSION :

الدكتور راشد لارaki
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
400, Bd Brahim Roudani, Casablanca - 20330 Casablanca

DOCTEUR Rachid LARAKI
MÉDECINE INTERNE

400 Bd Brahim Roudani -Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc
 Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

✓ M, Mme

Jemaaï Fatima Zahra
 Casablanca le 08/10/2020

DYNAMAP

$Syst = P97$

	SYST	MOY	DIAST	POULS
Bras droit	142	126	86	70
Bras gauche	145	124	87	70
2 mn				
4 mn				
6 mn				
Debout 1 mn	128	128	86	81
Debout 3 mn				

CONCLUSION : FA lén.
 N d'htn

Gpme

400 Bd Brahim Roudani - 20330 Casablanca
 Dr RACHID LARAKI
 Médecine Interne
 Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07
 Email : rlaraki.interniste@gmail.com