

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.

Biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

aire :

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.

et Aff

Le certificat est émis par le praticien et renouvelée tous les 6



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05543

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROKHSSA YOUSSEF

Date de naissance : 25-04-1963

Adresse : 6 Rue Beyrouth lot Iракia
Bassechid 26100

Tél. : 0677857n.61 Total des frais engagés : fact 153,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Bassechid

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 18/11/2020

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
صيدلية العراقيه pharmacie EL IRAKI Dr. YOUSSEF EL IRAKI 67, Rue DAKKIS - BERRECHID. Tél.: 0522 32 83 45	17.11.20	153,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire

valable 3 mois

Le 16/09/2006

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ROKHSS ADRI. MOHAMMED ALLAOUI** Cardologue
20, Rue France Vitis - Casablanca - 0522 98 07 06

Présente **Poly Articul.**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **Tous temps**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Mohamed ALLAOUI
Cardologue
20, Rue France Vitis - Casablanca - 0522 98 07 06
Date : 16/09/2006
Signature : Dr. Mohamed ALLAOUI

Patente : 40718035

RC : 5074

INPE : 06 202 4443

FC : 001589793000029

MR Rokhsa
Youssef.

à Berrechid le 17.11.20

FACTURE N° 20709

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
01	ASKARDIL 160 mg	23,80	23,80
01	LD - Noh 10 mg	57,80	57,80
01	Fluoxet 20 mg	71,40	71,40
		71,40	<u>153,00</u>

Arrêter la présente facture à la somme de cent cinquante trois dirhams

EXP 04 2023
PPV 71.40

LOT : 201051
UT AV : 07/2023
PPV : 57,80 DH

UT AV : LOT N° : PPV (DH) :

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 04/2022
LOT 90013 4

صيدلية المراكش
Pharmacie EL TRAKI
Dr. Youssef EL TRAKI
267, Rue Lakhlia - BERRECHID
Tel.: 0522 32 83 45



الدكتور محمد علوي

Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie
et

Pathologie Vasculaire

de la Faculté
de

Médecine de PARIS

Ancien Interné

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés

PPV 23DH80
EXP 03/2022
LOT 9D013

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

PPV : 57,80DH
UT AV : 03/2023
LOT : 200502

Dr. Mohamed ALLAOUI
Cardiologue
20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000
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

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

16/09/20

Rokh SGA Yav Def

21/4/0

flexox et lep mater

23.0

ASKARDIL

160 mg f

28/0 NDL 10 M7

1830

3 M7

صيدلية العراقي
Pharmacie EL IRAKI
Dr. Yousef EL IRAKI
207, Rue DAKKAK - FES