

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

ologie 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.

ducation :

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.

adie 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

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

Nº P19-0031141

ND 59047

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6842 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL IRAKI Houssam

Date de naissance : 26/07/1959

Adresse : 105, Rue Aziz El Allal. Casablanca.

Tél. : 0659494308 Total des frais engagés : 150,730,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Aicha HOUTI
Epouse EL IRAKI
 Médecine Générale
 Echographie
 427 Lotissement Ismailia
 Native LAAYOUNE - MEKNÈS - Tel: 05 35 45 85 85

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2020

Nom et prénom du malade : B.B.C. Fakir El Bouchra Age : 28/06/1963

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Angio + Hyper tension

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 : Meknès

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/11/2020

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
28/11/2020 C		1	150,00 D.H.	<i>Docteur A. Echourahia Epouse El Aissa Médecine Générale Echourahia-El Aissa Immaillia Institut Universitaire de Santé et de Recherche Médicale (I.U.S.R.M.)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Lamise BELFKIH PHARMACIE DU 3 ^e ARR	28/11/20	730,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRANÇAIS HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 d'explorations.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
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'EXÉCUTION

Dr. SOUTI Aïcha

Eپouse IRAKI

MEDECINE GENERALE

Diplômée d'Échographie

de la Faculté de Médecine de Montpellier

Médecin Experte

Assermentée auprès des Tribunaux

الدكتورة حوتى عائشة

حريم العراقي

الطب العام

حاصلة على دبلوم الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية

من كلية الطب بمونبليي

طبيبة خبيرة

محلفة لدى المحاكم

Meknès, le 28/11/2020 مكناس في

Mme BELKIRI Bouchra

75, ⁺² Ozithromycine (250 mg)

cp/1000 el

Coester une 1/2 cp/1000

(1) Crestor 10mg (2b/5)

cp/1000

(2) Deltapeptine (1000 mg)

2cp/1000

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp/1000 b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Dr. Aicha HOTI
Médecine Générale
Échographie
427 Lotissement Ismailia
Laayoun - Tétouan - Maroc
Tél : 05 35 45 86 05
05.35.45.86.05 تجزئة الإسماعيلية تعاونية العيون أناسي - مكناس الهاتف : 427



زিথرومаксين

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

P.P.V.

UT.AV. 00 4 2 1 2 2

70 70

LOT N° : 1290364



زিথرومаксين

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

P.P.V.

UT.AV. 00 4 2 1 2 2

70 70

LOT N° : 1290364

Doliprane

1000 mg

PARACÉTAMOL

ADULTE
Adultes
et adolescents

10 comprimés

lait, jus de fruit,
eau, jus de pomme

COMPRIMÉ



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Alh-Sekka - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 14DH00

PER: 06/23

LOT: J1942