

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.

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

M22- N° 001565

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10914 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAFDI Hakima
 Date de naissance : 24/02/1976
 Adresse : 151 Bd. Tel V Rte Benshehna Benshehna
 Tél. : 06-68682678 Total des frais engagés : 982,40 Dhs

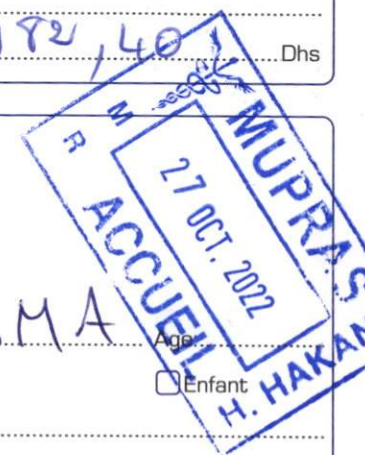
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. A. LAABUURRI Traumatologie-Orthopédie 87 Bd. Mly Ismail - Benshehna Gsm 0661 39 50 34
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : HAFDI HAKIMA
 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 : Marrakech Le : 17/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
11/10/22		300,00		Dr. H. LAABOUKRI Traumatisme - Orthopédie 87 Bd Mohamed V Berrechid GSM : 06 61 32 50 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BERRECHID 93 Bd Mohamed V Berrechid Tél : 05 22 32 40 68	11/10/22	682,45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

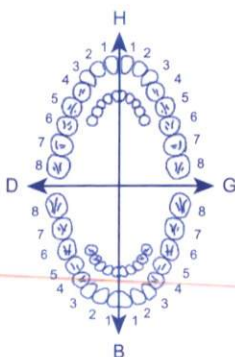
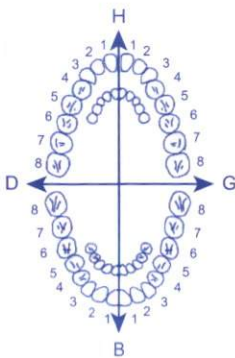
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR A. LAABOURRI

الدكتور عبد الله لعبوري

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecine de Sport



091087452



إختصاصي في جراحة وتقويم العظام
الطب الرياضي

ICE: 001898108000064

E-mail: docsilialaab@gmail.com

Hafdi
Hakme

Berrechid, Le

11/10/22

199.00

Oscal = 1/1 ΔS

94.00

Mydoflex = 1x3/ $S.V$

22.00

Cedal = 1x3/ $S.V$

87.00

Dolicox 1201 $S.V$

280.00

Sysmetex 1 mat $S.V$

T = 682.00

PHARMACIE BERRECHID
JALILA MARRAKCHI PHARMACIENNE
Berrechid

Dr. A. LAABOURRI
Traumatologie - Orthopédie
M. Ismail - Berrechid
06 61 32 50 34

87, شارع مولاي إسماعيل - برشيد - المحمول: 06 61 32 50 34

87, Avenue Moulay Ismail - Berrechid - Gsm: 06 61 32 50 34

Salip
Mucosine 1

Email : Contact@inquirehealth.com
Tel : +212 645 348 814
+212 520 550 555
N° CE : 20212107653/V1/DMP/CA/18

Lot N° :
Fab :
À consommer avant la date EXP
PPC : 199.00 MAD

MOT.101
02/2022
01/2024

22100
PPV: 37DH40
PEB: 07/25
LOT: L2577-2

GTIN: 06118001260850
LOT: 393
MFG: 02/2022
EXP: 02/2025
PPV: 940hs00



2.5 x10¹⁰CFU, Moline (Prébiotique) (25 mg), Bifidobacterium
470b Saccharomyces boulardii (0.110¹⁰CFU), Lactobacillus
acidophilus (0.110¹⁰CFU), Lactobacillus reuteri (0.110¹⁰CFU)
Apports de Référence

LOT: 221228
EXP: 05/2024
PVC: 280.000H

Fabrication:
bellavie
Rue E. Duculot, 9b
5060 Sambreville - Belgique

Distribution:
HEALTH INNOVATION
10 Rue Racine via
Cesabienca Mar
+212 522 23 22
Contact@healthinnovation.com
www.healthinnovation.com
N° d'agrément
ministère de la
2021/201/2086/1