

## 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° W21-784214

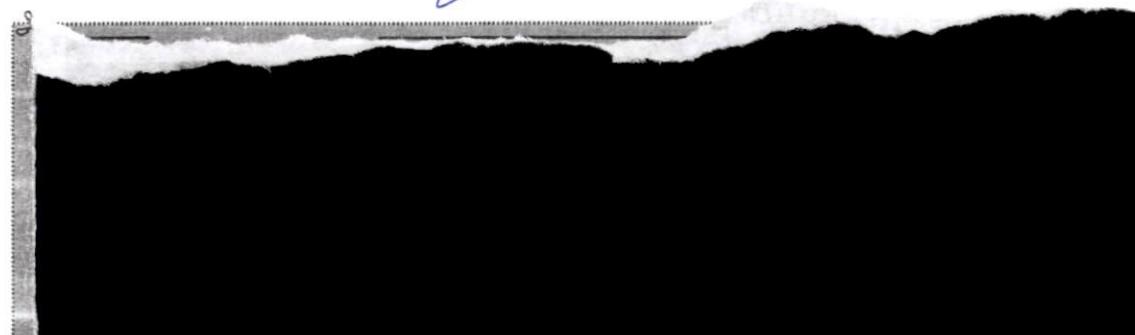
147211

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>68021</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>ELIRAKI Houssem</u>		
Date de naissance : <u>26/07/1959</u>		
Adresse : <u>Pharmacie de l'université Jebha</u>		
Tél. : <u>0661441065</u>	Total des frais engagés : <u>180 + 508,20</u> DHS	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
<u>Docteur Aicha HOUTI</u> <u>Ebouse EL IRAKI</u> <u>Medecine Generale</u> <u>Echographie</u> <u>427 Lotissement Ismailia</u> <u>LAAYOUNE - MEKNÈS - Tel: 05 35 45 86 05</u>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<u>29/12/2022</u>
Nom et prénom du malade :	<u>ELIRAKI ALOUALID</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Bronchite</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.	

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 : El Jadida le 30 JAN 2023  
Signature de l'adhérent(e) : RACCURE le 30 JAN 2023

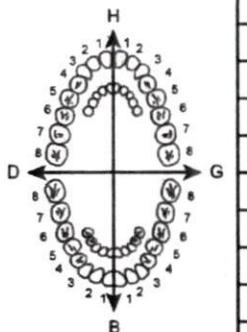


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/12/2022			150.00 DM	INP : 0810766613  Docteur AICHOUT Epouse EL TRAKI Médecine générale

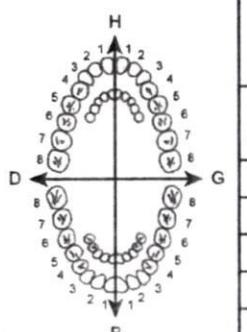
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/01/22	508,20

— 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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

#### **[Création, remont, adjonction]**



	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	
	<b>H</b> $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array}$ <b>G</b> <b>B</b>	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

**Dr. HOUTI Aïcha**

Epouse IRAKI

**MEDECINE GENERALE**

Diplômée d'Echographie  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

**الدكتورة حوتى عائشة**

حرب العراقي

**الطب العام**

حاصلة على دبلوم الشخص بالأمواج ما فوق الصوتية  
من كلية الطب بمونبليي

Meknès, le 29/12/2022 مكناس في

Ma sœur I RAKI Alouaïd

2221<sup>00</sup> Augment 1g sel le  
3 sel le tout 8814€  
jor 81

② Prednisolone  
40,00 Dr. L. HASSUD  
PHARMACIE  
2, Sahatayeb, Rue Oulad  
MEKNÈS Tel: 05 35 86 52 71

140,00 ③ ol des gel 20% jor 2000  
18h 18h 18h

④ Relevee 0 cps 500 (bouteille)  
53,50€ 3 cps 1  
508,20

Lotissement Ismailia Cooperative Laayoun ANASSI-MEKNÈS - Tél : 05 35 45 86 05

427 بجزئه الإسماعيلية تعاونية العيون أناسي - مكناس الهاتف 05 35 45 86 05

Dr. Aïcha HOUTI  
Echographie  
Lottoissement Ismailia  
Tel: 05 35 45 86 05

**suspension  
buvable  
en sachet**

أوغمنتين ١ غ / ١٢٥ ملغ  
أموكسيلين/ المعفن دايفولانك  
ميسحوق لمستحلق في كبس قبل الشرب

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda,  
Région de Rabat

PPV: 222,00 DH  
LOT: 649255  
PER: 03/24



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
24 sachets



6 118000 161042

**PREDNI 20mg**

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 081753



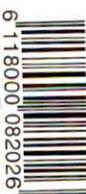
LOT N°:

UT.AV: 40/0

PPV (DH):

OEDES  
20mg

56 gélules



6 118000 082026

56 x



حبوب صامدة للعصارة المعدية في برشامات

**COOPER**  
PHARMA

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V: 53DH10



RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V: 53DH10



PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV :

LOT: 211540  
PER: 05-2024  
PPV: 140,00DH