

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.

M22- 0051811

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1504 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FERIATI ABDELHADI 172557

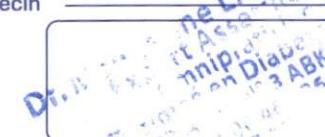
Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : LOT 7a BLUWA 99 BOUL A JAFI

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : 373,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FERIATI ABDELHADI Age : 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : hématoxylie chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : ISCHIAQUE

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 : 07/07/2018

Signature de l'adhérent(e) : M. Nabil FERIATI



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
01/07/2024	(S)		150,00	Dr. Moussine LAHOUAR Praticien en Diabète - N° 3 ABK - N° 3 APPN 010046 / 06617184550 NPA: 07/11/84

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. Samia - 0523348766 GSM: 0668130234	01/07/2024	30,00,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

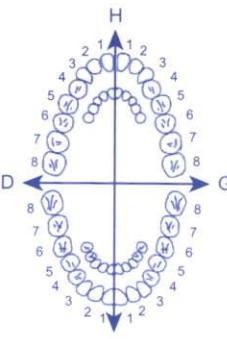
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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'EXECUTION

Dr. Mouhssine LAHLOU MIMI

Médecine Générale

- * Ancien Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires
- * Médecin Expert auprès des Tribunaux
- * Diplôme Universitaire en Diabétologie (France)
- * Docteur en Médecine de la Faculté de Médecine de Rabat
- * Diplôme des Etudes supérieurs en Maladies Sexuellement Transmissibles
- * Diplôme Universitaire en Echographie Générale
- * Suivie de Grossesse - ECG - Alhijama
- * Examen Médical du Permis de conduire

INP: 07 11 84 550
N° 14

Marrakech, le :

07/03/2023

مراكش في :

Prénom :

S.V.



~~7676 Pharmacie El Mennar 302 003 DR. Samira Mestari Tél: 05 23 34 84 76 - GSM: 06 68 13 02 37~~
~~7676 Pharmacie El Mennar 302 003 DR. Samira Mestari Tél: 05 23 34 84 76 - GSM: 06 68 13 02 37~~
~~7676 Pharmacie El Mennar 302 003 DR. Samira Mestari Tél: 05 23 34 84 76 - GSM: 06 68 13 02 37~~
~~7676 Pharmacie El Mennar 302 003 DR. Samira Mestari Tél: 05 23 34 84 76 - GSM: 06 68 13 02 37~~
~~7676 Pharmacie El Mennar 302 003 DR. Samira Mestari Tél: 05 23 34 84 76 - GSM: 06 68 13 02 37~~

Dr. Mouhssine LAHLOU MIMI
Expert Assermenté
Omnipraticien
Diplômé en Diabétologie
16, Imm. 37 Appt. N° 3 ABK - M'Hamid 9
Tél: 05 24 01 00 46 / 06 61 71 27 79
INP: 07 11 84 550

بلوك 16، عمارة 37، شقة 3، أبراج الكتبية - المحاميد 9 - مراكش (أمام BMCE Bank)
Bloc 16, Imm 37, App N° 3 Abraj El Koutoubia - M'hamid 9 - Marrakech (En face BMCE Bank)

Tél : 05 24 01 00 46 - GSM : 06 61 71 27 79



الدكتور محسن لحلو ميمي

الطب العام

- * طبيب عسكري سابق بالمستشفيات العسكرية
- * خبير محلف لدى المحاكم
- * طبيب مجاز في تخصص داء السكري بفرنسا
- * خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- * دبلوم الدراسات العليا في تخصص الأمراض المتنقلة جنسيا
- * دبلوم جامعي في الفحص بالصوت
- * تتبع النساء، الدوامل - تحطيم القلب - الحجامة
- * الفحص الطبي لرخصة السيارة

بيانات

40 قرص

A consommer de
préférence avant fin :

Lot n°

73,80 DH
03/2026
2087F

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI ari
Via delle Industrie 1 Albisola Marina (SV) ITALY es.i.it
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdellah
Benjelloun - Maarrif extension - Casablanca

SYSTÈME DE GESTION QUALITÉ
CERTIFIÉ ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Lot n°
A consommer avant fin : 04/2026
73,80 DH

Benjelloun - Maarrif extension - Casablanca
Vila delte duhafer 1 Albisola Marina (SV) ITALY es.i.it
Produit Fabriqué par ESI ari

6 118001 0304 08

VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76,20 DH

PHARMACIE DIAMANT VERT

07/07/2023

DR SAMIRA MESTARI

COMPLEXE TOURISTIQUE DIAMANT VERT N 3

SIDI BOUZID

Patente : 42161609

NR C : 22222

ID Fiscal : 64124879

ICE : 002313225000061

Fixe : 0523348476

FACTURE N 13652

FERIATI ABDELHADI

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	MONTANT
2	VOLTAREN 75 MG	76.20	152.40
2	HEPANAT	73.80	147.00
			300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cent dirhams.

Pharmacie Diamant Vert
Dr. Samira Mestari
Diamant Vert N 3
Sidi Bouzid - TUNISIA
Tél: 0523348476 - GSM: 0668130234