

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-0018277

Confirmer

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2504

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FERIATI ABDELLAH

Date de naissance :

01.01.1954

Adresse :

LOT YABROUKA 99 Route Asfi Yanakech

Tél. :

Total des frais engagés : 365,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KRISSI AMINA Age: 57

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 : 13/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-018277

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
17/09/2023	CS		150,00	150,00 Mouhssine L Aissaoui EXO-Ornithopatien N°3 ABK-NH 07/06/2023 en Diabète

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie les Cyprès N° 127, Lot Mabrouka Tél : 05 24 43 02 03	13-09-23	215,00

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
D.E.B.U.T D'E.XECUTION					
MONTANTS DES SOINS					
F.I.N D'E.XECUTION					
C.OEFFICIENT DES TRAVAUX					
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'E.XECUTION					
V.I.S.A ET C.A.C.H.E.T DU P.R.A.T.I.C.I.E.N ATTESTANT LE D.E.V.I.S					
V.I.S.A ET C.A.C.H.E.T DU P.R.A.T.I.C.I.E.N ATTESTANT L'E.XECUTION					

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Pharmacie les Cyprès
N° 127, Lot Mabrouka
Marrakech
Tél : 05 24 43 02 03

Bon de Commande n°

Bon de Livraison n°

Bon de Devis n°

Date : 12-09-2023

FACTURE N°0009002

Doit : KRIS AMINA

Réglé par :

TOTAL H.T.	215,25
T.V.A.....%	
T.T.C.	

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : Deux cent quatre-vingt Dix et trois T.T.C.

4650 Depart

3300

4130

~~8780~~

2050 KM

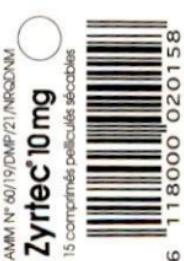
397
225

68193 Depart 60

7024A

~~63226~~

②



Docteur Mouhssine LAHLOU MIMI
Médecine Générale

الدكتور محبين لحاو ميمي
طب العام

- 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

- 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 بالصدى الصوتي
- تتبع النساء الحوامل — تحطيط القلب - الحجامة
- الفحص الطبي لرخصة السيارة

INP : 07 11 84 550

Marrakech, le : 13 SEPT 2023 مراكش، في :

Nom : ICRAH Prénom : Amina

63^e macfumaz 500 mg
63,00 212 gr de 100 mg + 15g
89,00 2 Dufos 500 mg
115,00 61 Imm 125mg 140 - 26

Pharmacie les Cyprès
N° 127, Lot Mabrouka
Marrakech
Tél : 05 24 43 02 03

Dr. Mouhssine LAHLOU MIMI
Expert Assermenté
Ornithopathe
Oncopathologiste
Diabetologue
Diplôme N° 48R N° 548R N° 548R
24 01 00 46 / 06 61 71 27 19
Tél : 05 24 01 00 46 - GSM : 06 61 71 27 79

بلوك 16 « عمارة 37 شقة 3 أبراج الكتبية - المحاميد 9 - مراكش (أمام BMCE bank)
Bloc 16, Imm 37, Appt 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