

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : LAAKISSI 4804 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAAKISSI Abdellah

Date de naissance : 13.1.1960

Adresse : Ben Abdellah

Tél. : 0666353691

Total des frais engagés : 647,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 01.05.2024

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA HABIBA 534, El Afag 1 CR Saada Marrakech Tel : 0524 42 26 03	20/04/2024	= 697,30 -

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

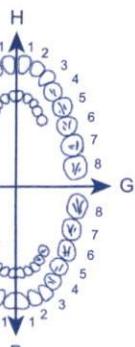
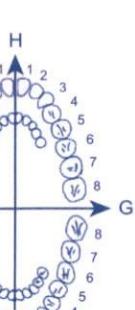
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE LALLA HABIBA

Dr. Imane BENHIDA

Nr.534 Lot. AFAQ 1 CR Saada Marrakech

Tel : 0524422603

T.P. : 47940336 ; R.C. : 110956

PATIENT: LAAKISSI ABSTEFLOH

FACTURE Nr: 02 | 24

LE 2010412024

Produit	Quantité	Prix	Total
1) Amorol 4mg	0.1	68,80	68,80
2) Diofermin 850ug	0.1	18,00	18,00
3) Rozot 20mg	0.1	238,00	238,00
4) Goplovia 750mcg	0.1	270,00	270,00
5) Canti flaconius	0.1	102,50	102,50
TOTAL			697,30

PHARMACIE LAISLA HABIBA
 534 El Afach CR Saada
 Marrakech
 Tel : 05 24 42 26 03

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Six Cent Quatre Vingt
NS et 30 Centimes

valable 3 mois

Le ...01/03/2014...

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Endocrinologie et Métabolisme
et Maladies Métaboliques

Tel: 05-22-32-43-39

Dr Kamil Fathima Zalma

Certifie que Mme, Mme, Mr : Laakissi Abdallah

Présente Diabète sucré + Dyslipidémie + Hypertrophie mammaire

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance : Nandrolone - Dihydrotestostère 200 mg - 100 mg - Cetophenoxate
(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. KAIDI Fatima Zahra
Spécialiste en Endocrinologie diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa
Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء
اختصاصية فى أمراض الغدد - داء السكري
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبية داخلية سابقا بالمستشفى الجامعى
ابن رشد

Ordonnance

Nom : Laakissi Abdellah Berrechid, le : 01.03.24

68,80

① Amalek Him

Tech

**S Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sabaâ Casablanca
A Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH**

Berrechid, le : 01.03.24

F 6 118001 081325

6 118001 081325

PPV: 18 DN 00
PER: 01/27
LOT: N453

نیو ہارڈ پرنسپلیٹ ۱۷۵

181^o 361^o
Difusion 850 m

دعا العالافر حبة كارا

1920) was 148. am now

23813

3) Razat do \rightarrow

عمر العمار سيد و ملك مصر

4) 1-9-70 Coopavri x 751100mg

١٠٩,٧٧
العطور

Cephalvi x 751 Moon

١٥٦١ ميلادياً و٢٠٢٣ هـ

San Martín de Valdeiglesias
R.P.1.
6 118001 082018
P.P.V.: 2770.00 DH
Copiavix 75mg/100mg
Ain Sebaa Casablanca
Ruta de Ronda, R.F.1.
18

~~TELEGRAMS~~
~~TELEGRAMS~~
TELEGRAMS
TELEGRAMS

~~El Maâdi~~
End of the line
3 milia

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid
Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com