

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FERIATI

230 Elphadi

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : Lot 4 Ya Bravka 99 Mmellec

Tél. : 066.211.492.94

Total des frais engagés : 2440.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 OCT 2020

Nom et prénom du malade : KHLIS AMINA

Age : 55 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : Manahel S

Le : 20/10/20

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE MAZANI</b> N° 10 53 - 3ème étage Mhamid S - Marrakech Tél : 05 24 37 11 45	20-10-2000	 D.M.A. N° 10 53 - 3ème étage Mhamid S - Marrakech Tél : 05 24 37 11 45

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

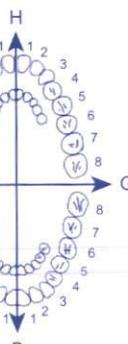
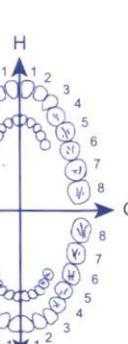
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	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

# Docteur Mouhssine LAHLOU MIMI

## Médecine Générale

- Ancien Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires.
- Médecine 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 Transmissible
- Diplôme universitaire en Echographie Générale
- Suivie de grossesse - ECG - Alhijama
- Examen pour l'Obtention de Permis de Conduire

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 بالصدى الصوتي
- تابع النساء الحوامل - تحضير القلب - الحجامة
- الفحص الطبي لرخصة السياقة

Marrakech, le : 20 Juillet 2020

مراكش، في :

Nom :

34,70 18/62

Prénom :

Amna

Khalid

18/62

18/62

23,90 18/62

18/62

18/62

18/62

94,00 x 3 18/62 + 3m

18/62 18/62

18/62

PHARMACIE MAMANI

Marrakech

PHARMACIE MAMANI

Marrakech

N° 10 El Koutoubia - Marrakech

Tél : 05 24 37 11 44

Mohamed S. Mammoumi

Tél : 05 24 37 11 44

DR Mouhssine LAHLOU MIMI

16, Avenue Hassan II - Marrakech

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

16, Avenue Hassan II - Marrakech

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

(BMCE Bank Building, 37, Abraj Al Koutoubia Street - 9th Floor - Mimar - Marrakech)

Bloc 16, Imm 37, Appt N° 3 Abraj El Koutoubia - M'hamed 9 - Marrakech (En face BMCE Bank)

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

**Alpraz® 0,5 mg**  
28 comprimés sécables



6 118000 020530

**VELAXOR® LP 37,50 mg**  
30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

Velaxor LP 37,50 mg  
30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

Velaxor LP 37,50 mg  
30 gélules à libération prolongée



30 comprimés bâtonnets  
quadrisécables



6 118000 040873

M N° : 26 DMP/21/NRQ  
Garder hors de la portée des enfants

**POLERY ADULTEES** ☒

Sirup - 200 mL



6 118000 020530

Bon de Commande n°

Bon de Livraison n°

Bon de Devis n°

Date : 26/10/2023

FACTURE N° 012758

Doit : AMINA KARID

	DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
	ZEPAM 6	01	34,70	34,70
	Polferu	01	23,90	23,90
	EPEXOT 32,5	03	94,00	282,00

PHARMACIE EL MAZANI  
 N° 10 Rue 3 - Meknès  
 Mhamid 9 - Marrakech  
 Tél. 05 24 37 12 43

Réglé par :

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

TOTAL H.T.	.....
T.V.A.....%	.....
T.T.C.	340,60