

**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.

Biologie 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

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
N° M20- 0008639

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1191 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : RAKI ABDELAZIZ
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : **Le :** / /
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-08639

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 :



W16-091375

DATE DE DEPOT

10/01/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 1191

Nom & Prénom RAKI Abdelaziz

Fonction Retraité Phones 0656874044

Mai

(Handwritten signature)

MEDECIN Prénom du patient RAKI ABDEL AZIZ

Adhérent Conjoint Enfant Age 1940 Date 24.11.20

Nature de la maladie TROUBLES URINAIRE Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>01 Echo v. Pénulti</u>	<u>01/25</u>	<u>300</u>

(Handwritten signature)

DR SAAD
Chirurgie Urologique
6 Rue Mohammed VI
Tél: 05 24 30 13 27

PHARMACIE Date 24.11.2020

Montant de la facture 477.90 DT

PHARMACIE MANIS
Dr. ROUGHABA
N° 12 Meislane 3
Amerchich - Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 22/12/20

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
<u>6130</u>	<u>680,00</u>

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
AL MANAR
DOCTEUR HASSI ZEROUAL
9, Hay Chifa Amerchich, Marrakech
Tél : 05 24 31 26 80

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

(Red stamp: Laboratoire d'Analyses Médicales Al Manar)

(Red stamp: Pharmacie Manis)

Docteur SAADI

Spécialiste

Chirurgie Urologique Andrologie

Marrakech, le : 24 NOV. 2020

M. RAKI ASLEHIZ



159130 Floctrol 10

0 - 0 . 1

1ms'

PHARMACIE MANISS
Dr. BOUGHABA Habib
N° 12 Merstane 3
Amerchich - Marrakech
TEL : 05 24 30 13 27

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritania Guéliz Marrakech
Tél. : 05 24 44 88 53
ICE : 00185249000044

Docteur SAADI
Spécialiste
Chirurgie Urologique Andrologie

Marrakech, le : 24. 11. 20



Dr. RAKI ALBELAZIZ

1593042
PHARMACIE MANISS
Dr. BOUGHABA Habib
N° 12 Merstane 3
Amerchich - Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27

S. V.

Festul 10 0 0 0 1

477.90

94 3ms

PHARMACIE MANISS
Dr. BOUGHABA Habib
N° 12 Merstane 3
Amerchich - Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritania Guéiz - Marrakech
Tél. : 05 24 44 88 53
ICE : 00185249500044

Docteur SAADI
Spécialiste
Chirurgie Urologique Andrologie

Marrakech, le :

24 NOV. 2020

Dr. RACI Abdelhiz

Ta CHT
Acid urique
crist
glycémie = 1,2
PSA

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Docteur AL MANAR
6, Rue Chifa Americh - Marrakech
Tel : 05 24 44 82 82 / Fax : 05 24 31 16 80
VALIDATION BIOLOGISTE

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritanie Guéliz Marrakech
Tél. : 05 24 44 88 53
ICE : 0018540000044

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAR

164 Bd IBN SINA AMERCHICH 40000 MARRAKECH

IF N°40257662

Patente :67072510

CNSS :8734180

Marrakech le mardi 22 décembre 202 Monsieur RAKI ABDELAZIZ

FACTURE N°	459233
------------	--------

Analyses :			
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Acide urique -----	B	30	
Cholestérol total -----	B	30	
Triglycérides -----	B	60	
PSA totale -----	B	250	Total : B 430
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		480,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Quatre vingt Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
AL MANAR
Docteur Nassir EL ROUAL
9, Hay Chifa Amerchich, Marrakech
Tél : 05 24 31 12 82 / Fax : 05 24 31 16 80
INPE : 077165173