

**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.

Educations :
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 canaux, 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 canaux.

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

☐ 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.

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

MEDECIN

Prénom du patient

RAKI ABDEL AZIZ

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Age 1940

Date 24.11.20

Nature de la maladie

Date 1ère visite

TROUBLES URINAIRES

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

01/Echo
V. Pénél

05/K2r

300

PHARMACIE

Date 24/11/2020

Montant de la facture

477.90

07

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 22/12/20

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

6430

680.00

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
AL MANAR
DOCTEUR NASSI ZEROUAL
9, Hay Enfa Amerchich - Marrakech
Tél : 05 24 31 13 27

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Docteur SAADI

Spécialiste

Chirurgie Urologique Andrologie

Marrakech, le : 24 NOV. 2020

M. RAKI ASLEHIZ



159130 Floetrol 10

0 - 0 . 1

1 ms

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

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

Docteur SAADI

Spécialiste

Chirurgie Urologique Andrologie

Marrakech, le : 24.11.20



Dr. RAKI Alshelhi

1593842
PHARMACIE MANISS
Dr. BOUGHABA Habib
N° 12 Merstane 3
Amerchich - Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27

S. V.

Festul 10

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 Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 88 53
ICE : 00185240000044

Docteur SAADI

Spécialiste

Chirurgie Urologique Andrologie

Marrakech, le :

24 NOV. 2020

Dr. RACI APHEZIT

TZ CHT
Avis urologie
c'est
ghu c'p
PSA

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
AL MANAR
Docteur Nassif ZEROUAL
6, Rue Chifa Amerchich - Marrakech
Tel : 05 24 43 12 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 : 00185420000044

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