

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-681754

106181

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12462

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GENANIC ICHRAK

Date de naissance : 23/07/85

Adresse :

Tél. : 0662 76 3330

Total des frais engagés :

02 MAR. 2022

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Malades Respiratoires du Sosmeli
Enfants et Adulstes
Docteur U. L. Hossini
INSSAH 2021

Date de consultation : 15 DEC 2021

Nom et prénom du malade : ICHRAK GENANIC

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

BN Omsho P. elemage phue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'atlé médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

Bennell

VOLET ADHERENT

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
	Eq		3000 NC	INP : 130521805

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BACHOUA ROUTE DE TOULOUSE BP 1001 31122 TOULOUSE CEDEX 1	15/12/2022	426,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signatures du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie et d'Imagerie Médicale O. LAROCHE et Associés	15/05/2021	R1 Poumons Z1	200 € HT

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 d'état.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	H	
		25533412 21433552 00000000 00000000	D	G
		00000000 00000000 35533411 11433553	B	
		[Création, remont, adjonction]		
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Cabinet d'Exploration Respiratoire, d'Allergologie et du Ronflement

Enfants et Adultes

للكبار والصغار

Docteur O.H.LARAQUI

Maladies Allergiques respiratoires (Asthme)

Ronflement et Apnées du Sommeil

DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société de Pneumologie de Langue Française

Membre de la Société Française d'Allergologie

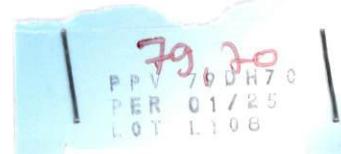
الدكتور عمر العراقي

الامراض التنفسية والحساسية

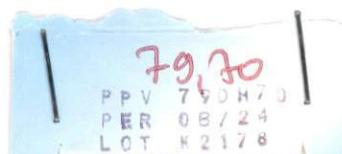
الشخير وانقطاع التنفس خلال النوم

داء السل، إعاقة الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بباريس



Mme Ichrak GENANE



1-Zinaskine 45

1 comprimé par jour pendant 10 jours

2- Vitamine C 1000 effervescent

1 comprimé matin et midi pendant 10 jours

3- Azix 500 mg

1 comprimé par jour pendant 6 jours

4- Cardioaspirine

1 comprimé par jour pendant 30 jours

5- Vit D3 bon 200 000

1 seule ampoule à boire

6- Oedes 20mg

1 gélule par jour le soir

7-Argo

1 cuillère à soupe matin, midi et soir

8-Leflox 500 mg

1 comprimé par jour à midi pendant 7 jours

9-Actalevure

1 gelule matin et soir

10- Doliprane 1000

1 comprimé matin, midi et soir au besoin

11-Loreus

1 comprimé par jour le soir pendant 3 mois ; traitement à suivre jusqu'à nouvelle consultation

12- Oradexon 0.5 mg

12 comprimés par jour en une seule prise après le repas de midi pendant 6 jours puis arrêt

PHARMACIE BACHOU
ERAC BACHKOU N° 47 A 45
Marrakech Tel 022 83 35 45
AMRIT QUALITY
Qualité en pharmacie

Régime pauvre en sel et en sucre pendant la cure d'Oradexon

118000 095422¹

AM

Leflox PHARMA 5®

Lévofoxacine

500 mg



Adultes

LOT : 3363
UT. AV : 09-24
P.P.V : 111 DH 00

7 comprimés pelliculés

Voie orale



PHARMA 5

Cabinet d'Exploration Respiratoire, d'Allergologie et du Ronflement

Docteur O.H. LARAQUI

Maladies Allergiques Respiratoires

Ronflement et Apnées du Sommeil

DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la société de Pneumologie de Langue Française

Membre de la société Française d' Allergologie

Casablanca, le

M^{me} LARAQUI

GRENANS

RECU ET COMPTE RENDU

Rx poumon de face : accentuation de la trame bronchique

Rx poumon Z₁₂ = 200 DHS
(Deux cents dirhams)

Docteur O. LARAQUI HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires
Maladies du Sommeil

778, Bd El Qods 4^{ème} étage, Casablanca- Tél: 05-22-48-26-86