

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 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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-687512

121530

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6342 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL IRAKI HOUSSAM

Date de naissance : 26/07/1959

Adresse : Pharmacie de l'Université, Av Ahmed Ben Ahmed Ziane 9ème

Tél. : 0661441065 Total des frais engagés : 150 + 1560 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Aïcha HOUTI
épouse EL IRAKI
Médecine Générale
Echographie
427 Lotissement Ismailia
Coopérative LAAYOUNE - MEKNES - Tél: 05 35 45 86 81

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/05/2022

Nom et prénom du malade : EL IRAKI HOUSSAM Age : 1959

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : SPA

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 : Meknes

Le : 12/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
12/05/2022	e	1	100,00	INP : 01811076663

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE MASSIO MED VI Dr. Lamiae BELFKH Docteur en Pharmacie ahat Al andalous, Rue Okbat Ibn Ma'aa M'SKNES / Tél: 05 35 52 02 66 INPE: 131022005	12/05/22	555,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) 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

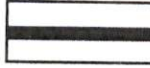
Dr. HOUTI Aïcha

Epouse IRAKI

MEDECINE GENERALE

Diplômée d'Echographie

de la Faculté de Médecine de Montpellier



الدكتورة جوتي عائشة

حرم العراقي

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية

من كلية الطب بمونبيلي

Meknés, le 12/05/2012 مكناس في

MR EL IRAKI HOUSSAM

61,50 x 3

(1)

Mobic 150g

1 cp / 3 fois

96,00 x 3

(2)

Paracet 900g

1 gél / 3 fois

27,40 x 3

(3)

Cardio ASP

1 gél / 3 fois

PHARMACIE MASJID MED W

Dr. Lamiae BELFKIH

Docteur en Pharmacie

2, Sahat Al andalous, Rue Okbat Ibn Nafaa

MEKNES / Tél: 05 35 52 02 66

Docteur Aïcha HOUTI
Epouse EL IRAKI
Medecine Generale
Echographie

427 Lotissement Ismailia
MEKNES - Tél: 05 35 45 86 05

427 Lotissement Ismailia Cooperative Laayoun ANASSI-MEKNES - Tél : 05 35 45 86 05

427 جزة الإسماعيلية تعاونية العيون أناسي-مكناس الهاتف 05 35 45 86 05

PPV: 96DH00
PER: 03/24
LOT: K2832-1

PPV: 96DH00
PER: 04/24
LOT: K3638-1

PPV: 96DH00
PER: 03/24
LOT: K2832-1

PPV: 61DH50
PER: 09/24
LOT: K2604



Cardiopirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardiopirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardiopirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

RESPECTER LES
DOSES PRÉSCRITES

Mobic®
Meloxicam

15 mg

Uniquement sur ordonnance

4 comprimés sécables

A conserver dans l'emballage
extérieur, à l'abri de l'humidité.
AMM N° 52/13 DMF/21/NCV



نات طبيه
لكسر

b

Fabriqué par bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



**Boehringer
Ingelheim**

Mobic® 15 mg
Meloxicam
14 comprimés sécables
6 118000 040569

