

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

- 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>63472</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL IRAKI Houssem</u>			
Date de naissance : <u>26/07/1959</u>			
Adresse : <u>Pharmacie de l'université, Av Ahmed Ben Ali, Zitoune, Casablanca</u>			
Tél. : <u>06614411065</u> Total des frais engagés : <u>150 + 55560</u> Dhs <u>70560</u>			
Cadre réservé au Médecin : Docteur Aïcha HOUTI Epouse EL IRAKI Médecine Générale Echographie 427 Lotissement Ismaïlia Coopérative LAAYOUNE - MEKNÈS - Tel: 05 35 45 86 83			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>12/05/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>EL IRAKAI Houssem</u> Age : <u>1959</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>SPA</u>			
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 : Aljal Ben Abdellah Le : 12/05/2022
 Signature de l'adhérent(e) : Houssem

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
17/05/2022	2	1	100,00 DT	INP : 0811076663 Docteur Djecha HO Eugouse ELIRAV Medecine Generale Cabinet de Chirurgie

Docteur Amel HOUTI
Echographie
Medecine Generale
El-IRAKI
Ass. Dr. Ismaïl
Tél. 05 35 45 86

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE WARSJID MED VI Dr. Lamiae BELFKH Docteur en Pharmacie ahat Al andalous, Rue Okbat ibn MaTa BISKINES / Tél: 05 35 52 02 66 INPE: 133 02 995	21/05/23	555,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

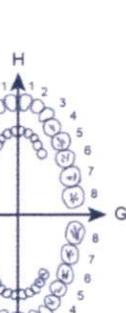
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		$ \begin{array}{c c} H & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline G & & \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 حوتى عائشة

حرب العراقي

الطب العام

حاصلة على دبلوم الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية
من كلية الطب بمونبليي

Meknès, le

12/05/2012 مكناس في

M. R. EL DRAKI HOUSSAM

61,50 x 3

①

Mobile 150

1 cap. plus 3 ml

96,00 x 3

②

Préposé 90v

1 gout. je plus 3 ml

29,40 x 3

③

Conseil APP

3 ml

PHARMACIE MASJID MED VI
555, B.P. Lamiae BELFKIH

Docteur en Pharmacie

2. Sahat Al andalous, Rue Okbat Ibn Nafâa

MEKNÈS / Tél: 05 35 52 02 66

Docteur Aïcha HOUTI
Epouse EL IRAKI
Médecine Générale
Echographie

427 Lottissement ISMAILIA
Meknès Tel: 05 35 45 86 05

427 Lottissement ISMAILIA Cooperative Laayoun ANASSI-MEKNÈS - Tél : 05 35 45 86 05

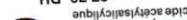
427 جزئية الإسماعيلية تعاونية العيون أناسي-مكناز الهاتف 05 35 45 86 05

6 1180001 090280


Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
Acide acetylestératique
Cetadiaspirine 100 mg/30 compré

6 1180001 090280


Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
Acide acetylestératique
Cetadiaspirine 100 mg/30 compré

6 1180001 090280


Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
Acide acetylestératique
Cetadiaspirine 100 mg/30 compré

Mobic®
Méloxicam

15 mg

Iniquement sur ordonnance

4 comprimés sécables

Fabriqué par **BOTTU** s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

 **Boehringer
Ingelheim**

RESPECTER LES
DOSES PRÉSCRITES

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

نـطـيـة
كـسـر

Mobic® 15 mg
Méloxicam
14 comprimés sécables
6 1180000 40569
