

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1796 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAREB ABDEL iUAH

Date de naissance : 17 juillet 1953

Adresse : lot ASMAI FADY 10 TAKSA MARRAKECH

Tél. : 06 71 36 34 08 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 95 / 05 / 2012

Nom et prénom du malade : BOUCHAREB ABDELLAH Age : 1953

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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) :



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
25/5/22	C + ELL		300.014	Dr. Mouad CRU Chirurgien Dentiste Casablanca Tunisie GSM: 06 62 80 19 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Haj Boubker Dr. Bouchakroun Boulevard Industriel N 534 Sidi Ghanem Marrakech Fax: 05 25 55 55 79	25/5/22	683.10
	22/6/22	315,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
072103120			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

Docteur Mouad CRIQUECH

Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريشك

اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

M' Bouchareb
A/ Adelilah

22.6.22

35.10 x 9

Becidouze SV

1 CP x 2 /

315.90

Pharmacie Hal Boubker
Dr. Benchakroun
Quartier industriel N° 534
Sidi Ghanem Marrakech
Fix : 05.25.55.5579

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 350H10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 350H10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 350H10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 350H10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 350H10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 350H10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 350H10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 350H10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
6 118000 031192

22 94 09 10 - GSN : 06 62 80 15

Docteur Mouad CRIQUECH

Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريشك

اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca le : 25/05/2022

Mr BOUCHAREB ABDELILLAH

85,00 x 6

1 - MEDZAR 50MG

S.V

1-0-1

qt. 40 x 3

2 - AMEP 5 MG

S.V

1 comprimé, 2 fois par jour

3 - FLUDEX 1,5 LP

1-0-0

683,10

MEDZAR® 50 mg ○
Losartan
30 comprimés pelliculés
6 118000 360148

MEDZAR® 50 mg ○
Losartan
30 comprimés pelliculés
6 118000 360148

AMEP® 5mg ○
56 comprimés
6 118000 081777

97,70

MEDZAR® 50 mg ○
Losartan
30 comprimés pelliculés
6 118000 360148

MEDZAR® 50 mg ○
Losartan
30 comprimés pelliculés
6 118000 360148

AMEP® 5mg ○
56 comprimés
6 118000 081777

97,70

traitement de 3 mois

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
Mansou, Casablanca
+06 62 80 19 75

80 19 75