

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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-725875

par
Lamine

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003961

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUATAHAD LAHICEWI

Date de naissance : 01/01/54

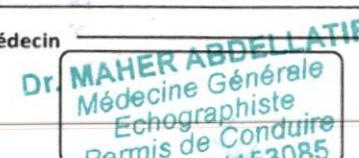
Adresse :

Tél. : 0668301847

Total des frais engagés : 709.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 Octo 2022

Nom et prénom du malade : MOUATAHAD LAHICEWI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : colo + urtigie

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-725875

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 :

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
08/10/22	C		150.00	INP : INPE : 021153085 DR. MAHER ABDELLAH Médecin Générale Echographiste Permis de Conduire INPE : 021153085

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MAHER ABDELLAH - Clinique BIADI Téléphone : 06 99 02 03	08/10/22	150.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. MAHER ABDELLAH Médecine Générale Echographiste Permis de Conduire INPE : 021153085	08 Oct 2022	Echo	250.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

Dr. Maher Abdellatif

Médecine Générale
Permis de Conduire



الدكتور ماهر عبد اللطيف
الطب العام
رخصة القيادة

Laâyoune : 08 Octo 2022 العيون في

Mr MONTAHAD LAHCEN

28-09-2022

-

• Beta care

$1p \times 2/T \times 10 J$

15

• G aprex 28 mg

$1p/T \times 28 J$

15

• Liaxfor 7.5

$1p/d 6 mg au mardi \times 15 J$

15

• Spasmyl (plate)

$1uS \times 2/T \times 10 J$

15

30-9-2022

=>

**1 SEULE GÉLULE
PAR JOUR**



15 gélules - Sans gluten

Complément alimentaire

Lot/À cons.
de préférer

X1021 0126 7MA
LOT PER

Prix

99 • 00

3 700221 339503

Spasmyl®

Trimébutine

1 - 100

LOT F665 PER 06/25
PPV 23.00 DH

Flacon de 250 ml
de suspension

22

—

Granulés pour
suspension buvable
en flacon



Laboratoires SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubeir Bnou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

GAPREX®

Prégabaline

60 Gél

LOT 224368

EXP 06/25

PPV 109DH20



أفريـكـ فـارـسـ
AFRIC-PHAR

QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.
Maphar. Km 10, Route cotière 111,
Fabrique sous licence par :

Abbott

لِيْكَيْ - لِيْكَيْ لِيْكَيْ لِيْكَيْ لِيْكَيْ
Unique sur ordonnance - Liste I

Respecter les doses prescrites
لِيْكَيْ لِيْكَيْ لِيْكَيْ لِيْكَيْ

78,00

L R Q U R 4

Dr Maher Abdellatif

+Médecine Générale
+Permis de Conduire



د. ماهر عبد اللطيف
الطب العام
رخصة السباق

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné Dr Maher Abdellatif certifie Avoir
examiné Mr.....MOUNTAHAO LATTON.

Et avoir reçu la somme de 400 dhs comme frais
d'honoraire d'une consultation médicale et
d'une échographie abdominale.

Signé : Dr MAHER ABDELLATIF

Fait Laâyoune le : 08 Octo 2022

Dr. MAHER ABDELLATIF
Médecin Généraliste
Echographiste
Permis de Conduire
INPE : 021153085

شارع مكة الطابق الأول الرقم 4 – الهاتف والفاكس 05.28.89.00.99 - العيون
351, Bd Mekka – 1 er Etage N° 4 – Tél. /Fax : 05.28.89.00.99 -
Laâyoune

MEDECINE GENERALE
DR MAHER ABDELLATIF
351 Av med VI, Im Lhirech 1er

Info Patient

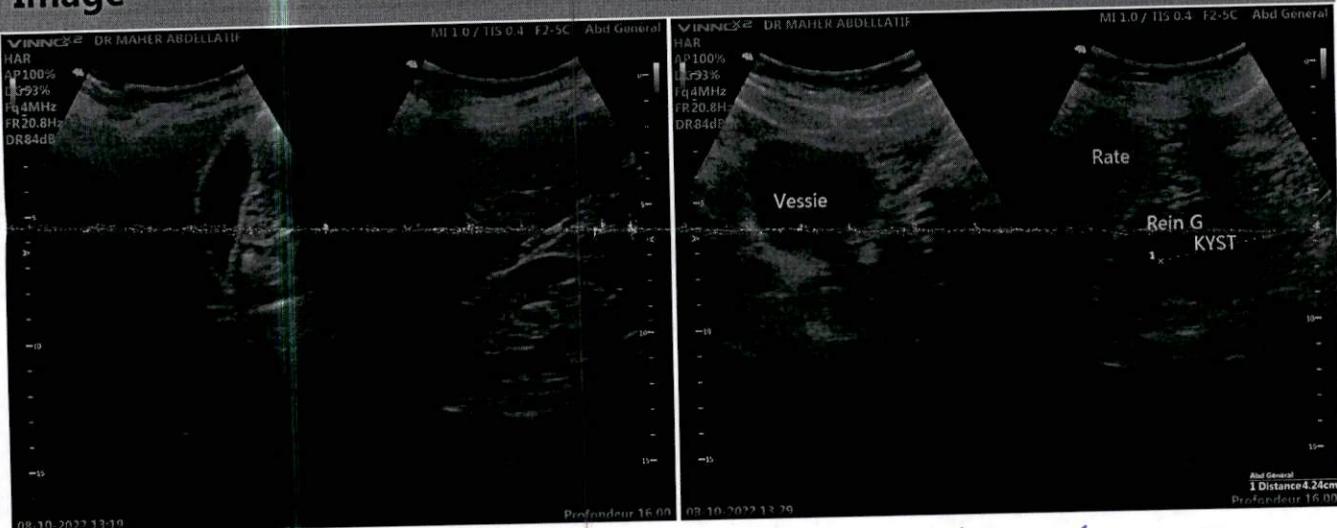
Nom:
Âge:
Genre:
MedecinAct.:
Opérateur:

ID Patient:
D. Naissance:
Date d'examen: 08-10-2022
Ref.Medecin:

Mesure

Nom	1	2	Statistique	Unité
ABD Abd Général 2D Général				
Distance	0.52	4.24	2.38 Moy	cm

Image



Foré de taille normale, de contours réguliers homogène
VB à paroi fine abd normal. Voie biliaire libre
les 2 reins de taille normale, de contours réguliers
avec un Kyste méridional gauche de 42 mm de Ø.
Rate et pancréas homogènes.
Aérographe diffuse ++
Drogues libres

Dr. MAHER ABDELLATIF
Médecine Générale
Echographiste
Permis de Conduire
INPE : 021153085