

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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.

Reéducation :

- 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8522

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAKICI AHMET

Date de naissance : 20-08-69

Adresse : Alo Brt mes R

Tél. : 0667386339

Total des frais engagés : 1900

PR4FR05 / v2/2010-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2014

Nom et prénom du malade : BAKICI AHMET

Age : 21

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACQUEL



Affection longue durée ou chronique : ALD AAL Pathologique

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'adjudicataire.

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 : El Jadida

Le : 28/02/2014

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
24 FEV 2014	G	300		



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Gérisseur

Date

Montant de la Facture

22/2/14

902,40

INPE: 04203499

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

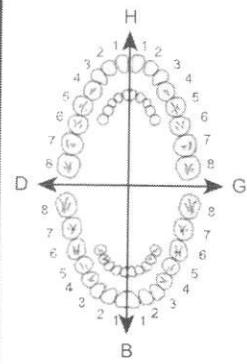
IM

Montant détaillé des Honoraires

IV

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

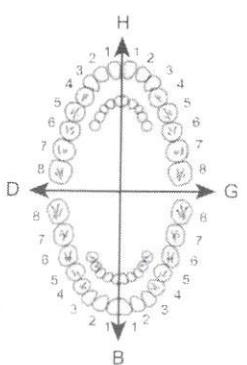
H

25533412	21433552
00000000	00000000

G

00000000	00000000
25533411	11433553

B



[Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

COEFFICIE
DES TRAV.

MONTAN
DES SOIN

DATE D
DEVIS

DATE D
L'EXECUT

Diplomé d'état de la FMC
MEDECINE GENERALE
Tél. C : 05.28.22.01.41

خريج كلية الطب بالبيضاء
الطب العام
الهاتف.ع : 05.28.22.01.41

Agadir, le 22 FEV 2024

أكادير في

Caix BAKICI LubNA.

69,00 Dhs

11. Keflexine 500 mg x 10 tablets SV

21. Relaxin 50 mg x 10 tablets

45,90 Dhs

81. Zestrile 50 mg x 10 tablets Le Jaten & Jeune

129,90 Dhs

44. TRYPROZOL 20 mg x 10 tablets Le Jaten & Jeune

Pharmacie BADAOUA
Cité Résidentielle BADAOUA
N° 17 Entrée 1, Imm. AL MOSTAQBAL - Ryad S
E-mail : drboukami@hotmail.fr



خل 1 - عمارة المستقبل - رياض السلام أكادير
N° 17 Entrée 1, Imm. AL MOSTAQBAL - Ryad S
E-mail : drboukami@hotmail.fr

SV
57. Etat de Casablanca, 4 pié
100,00 ₣
1 dose 1/2 de 250 mg Apres 2 Ans

60. max 6 ans pour 80 mg.
250 mg à la Apres 2 Ans



902,70



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V 100,00 DH
6 118001 082216

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V 100,00 DH
5 118001 082216

319334

6 118001 103041
Tardyferon® 80 mg
30 comprimés pelliculés

PPV : 40,50 DH

319334

6 118001 103041
Tardyferon® 80 mg
30 comprimés pelliculés

PPV : 40,50 DH

4

118001 103041
Tardyferon® 80 mg
30 comprimés pelliculés

PPV : 40,50 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V 100,00 DH
6 118001



DOCTEUR Hamid BOUKAMI

Diplômé D'état de la FMC

MEDECINE GENERALE

Tel : 0528220141

الدكتور حميد بوكامي
دريج كلية الطب بالدار البيضاء
الطبي العام
المكتب. 0528220141

Agadir le 22 FEV 2024
أڭادير فی 22 فبراير 2024

Echographie abdominale

Identité : bakki loubna

Indication : dl abdominale

Foie : de taille normale, d'écho structure homogène et de limites régulières.

Voie biliaire principale : de taille normale, perméable.

Vésicule biliaire : non lithiasique à paroi fine.

Rein droit et gauche : en place de taille normale avec bonne différentiation cortico-médullaire.

Pancréas et rate : ras.

Signé :



رقم 17 المدخل رقم 1 عمارة المستقبل رياض الصلاة أڭادير ر.ب.
App.N°.17 entrée 11mm Almostaqbal Ryad assalam Agadir C.P. 80050

DOCTEUR Hamid BOUKAMI

Diplômé D'état de la FMC

MEDECINE GENERALE

Tel : 0528220141

الدكتور محمد بوكامي

دربج كلية الطب بالدار البيضاء

الطبيب العام

الم nøفه. 0528220141

Agadir le اكادير في

22 FEV 2004

Facture

Je soussigné docteur Hamid Boukami certifie avoir reçu de
Mme. Mlle. Mr. BAKKI LOUBNA la somme de cent cinquante Dh
(150 Dh) frais de consultation médicale.



رقم 17 المدخل رقم 1 عمارة المستقبل رياض السلام اكادير دربج.
App.N°.17 entree 1Imm Almostaqbal Ryad assalam Agadir C.P. 80050

24 02/22 →
14 37:43
G 60 60
N-49 -49
F4.1 4.1
ENH: 2
P: A
X0 3 0.8
FOCUS:
F1.2



CABINET DR HAMID BOUKAMI

5.0MHZ ID/BAKKI LOUBNA_

24 02/22 →
14 36:32
G 60 60
N-49 -49
F4.1 4.1
ENH: 2
P: A
X0 3 0.8
FOCUS:
F1.2



CABINET DR HAMID BOUKAMI

5.0MHZ ID/BAKKI LOUBNA_ .