

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8242 Société : RAM 200951

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. GUICHAT MOHAMMED

Date de naissance : 10-08-1965

Adresse : cit'IRAKIA, N° 09 Benchehid

Tél. : 0674007911 Total des frais engagés : 516,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

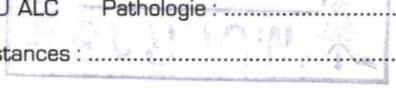
Cachet du médecin :

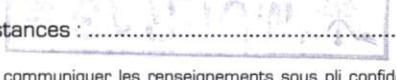
Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :  Age: Enfant

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : 

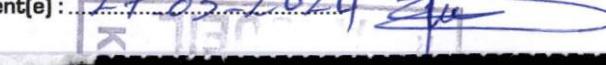
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 

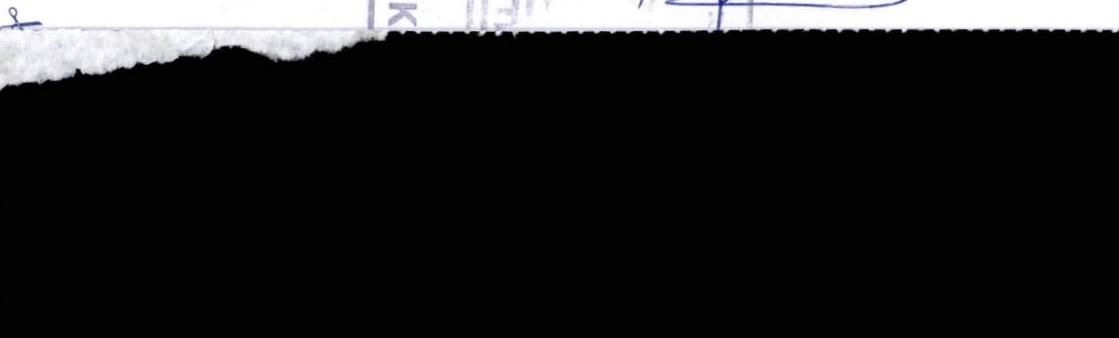
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 

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 : Benchehid Le : 27/03/2024

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.03.24	126,60
	27.03.24	390,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

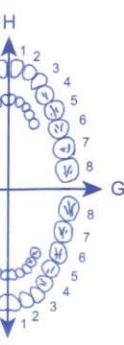
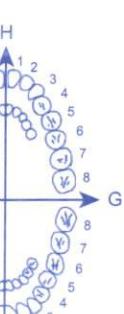
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : Mr. GURICHA^T MOHAMED

N° CIN :

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. TALIBI HASSAN Spécialité : DIABETOLOGUE

N° ICE : 001875625000078 N° INPE : 091164335

Certifie que Mlle, Mme, M. : Mr. GURICHA^T MOHAMED

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

GM = 2,09. + HbA1C = 10,6. } 189 / 105

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

+ Glucophage 500 g / 2,0 g
+ TRITAZIDE = 10/25 - g

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

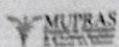
Fait à : BERRECHID le 18 JAN 2024

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN

Code : PR2FB04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : DR. TAWFIQ

Spécialité : DIABETOLOGIE

N° ICE : 0018562 8000079.

N° INPE : 0516435

Certifie que Mle, Mme, M. : GUICHET MARIAM

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois À vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HbAc = 10,6 GM = 2,08

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

GALVUS MET (0180-1A-0-1)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le 27 FEV 2024

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 03-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Moha
Tél. : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Site web : www.mupr



PHARMACIE EL IRAKI
EL IRAKI YOUSSEF
267.RUE DAKHLA HAY AL MOUNA

Tél : 022328345

Patente N° 40713035
N°R.C. : 5074
Compte :
CNSS : 7402332
Id.Fiscale : 92964000
ICE : 001589793000029

Le : 27/03/2024

MR. GURICCHAT MOHAMED

FACTURE : 408902 du : 27/03/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	TRITAZIDE 10 MG/25 MG / 28 CP	63,30	126,60	7,00%
Total TTC			126,60	

Arrêtée la présente facture à la somme de :CENT VINGT SIX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	118,32	8,28	126,60
		118,32	8,28	126,60

Pharmacie EL IRAKI
Dr. Youssouf EL IRAKI
267, Rue DAKHLA BERRECHID
TEL : 0522.32.83.45

PHARMACIE EL IRAKI
EL IRAKI YOUSSEF
267.RUE DAKHLA HAY AL MOUNA

Tél : 022328345

Patente N° 40713035
N°R.C. : 5074
Compte :
CNSS : 7402332
Id.Fiscale : 92964000
ICE : 001589793000029

Le : 27/03/2024

MR. GURICHAZ MOHAMED

FACTURE : 408901 du : 27/03/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	GALVUS 50 / 1000 MG B 60 CPS	390,00	390,00	7,00%
Total TTC			390.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de :TROIS CENT QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	364,49	25,51	390,00
		364,49	25,51	390,00

267 RUE DAKHLA HAY AL MOUNA
TEL : 0522.328345
EL IRAKI
DU 27/03/2024
RECEIVED
JLL

الدكتور الطالبي حسن

الطب العام



Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste

- Diplôme Universitaire en Rhumatologie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Pathologies Rachidiennes (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)
- Diplôme Universitaire en Diabétoologie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Santé Mentale (UM6SS - CASA)
- Diplôme Universitaire en Gériatrie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Médecine de SPORT (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Lasers Médicaux A visée Esthétique (Paris - France)

باض العظام و المفاصل (بودجو - فرنسا)
دلى العودى الفقيرى (بودجو - فرنسا)

بلحة الجلدية (الرباط)
ض السكري (بودجو - فرنسا)

ية (جامعة محمد السادس لعلوم الصحة - الدار البيضاء)
ب الشخصى (بودجو - فرنسا)

لب الرياضي (بودجو - فرنسا)

ذ الطبي (بليس - فرنسا)

17/01/2024

MR GURICHAZ MOHAMED

- 42,00 x 2
63,30
- Glucovance 500 mg/2,5mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, matin et soir après repas x 3 mois
 - Tritiazide 10 mg / 25 mg - comprimé sécable
1 comprimé le matin à jeun x 3 mois



63,30

TOTAL 147,30

Glucovance 500 mg / 2,5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg / 2,5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

دور، عمارة الحاج أحمد برشيد، المدخل A الطابق الأول، شقة 1، برشيد

0633 275 252



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
2024-01-10	Ctn	1	147,30	Dr. TALIBI HASSAN OMNIPHARMA 7574/0663.866.610

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. TALIBI HASSAN	18.01.24	147,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. TALIBI HASSAN			

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

VOLET ADHERENT	
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>	