

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.

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 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 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



203327

Déclaration de Maladie

M23- N° 0039737

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2287

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HARIFI BACHIR RACHID

Date de naissance : 07-05-49

Adresse : 64 HAY AL MATHIB AL ARABI SECT 1 TEMARA

Tél. : 661 37 82 26

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/02/2024

Nom et prénom du malade : HARIFI BACHIR RACHID Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : MARA

Le : 29/02/2024

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
29 FEV. 2024	CS	1	300,00 DH	Dr. BENLAZIZ Djel Allal Bechir Endocrinolog - Diabetologue Nutritioniste 06 72 21 86 06 72 37 84 10032024

EXECUTION DES ORDONNANCES

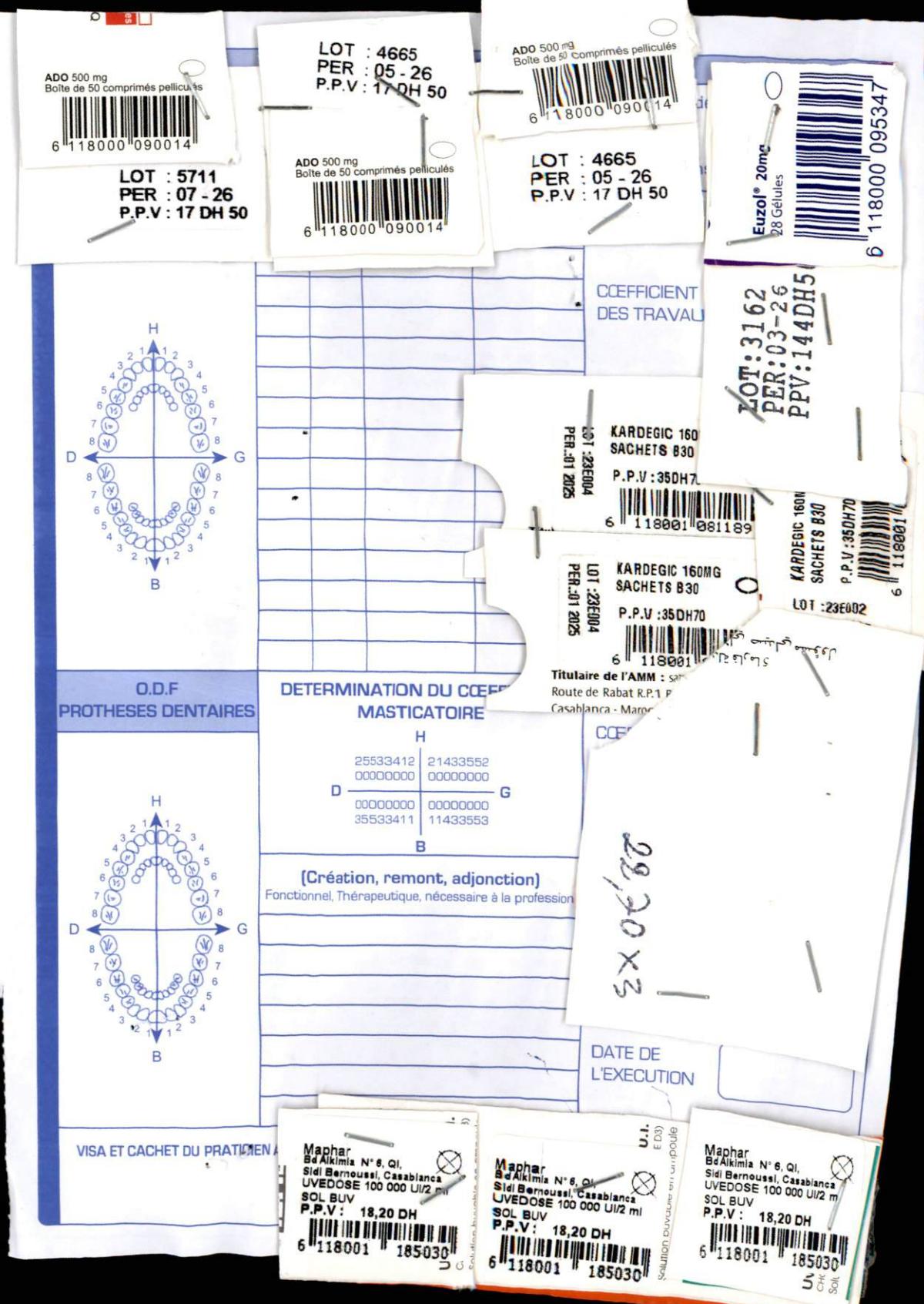
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMALICHE Najat PBATI Docieur en Pharmacie 1420, Lot Al Wifak - Erac - Téhara Tel: 05 37 64 50 36 INDE : 102061059	29/02/24	979,00

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
		A M	P C	I M	I V	



Spécialiste

En Endocrinologie - Maladies Métaboliques - Nutrition
 Diabète - Cholestérol - Obésité
 Médecine Anti - Âge
 Lipolaser - Cryolipolyse - Radio Fréquence

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

إختصاصية

في أمراض الغدد والتغدية
 طب مكافحة الشيخوخة
 مرض السكري - الكوليسترون - السمنة

خريجة كلية الطب بتولوز

Rabat, le 29 FEV. 2024
الرباط، في

Hanf. Bouch Rachid

~~17/10/26
10/11/27~~

~~144,50~~ = ADD 500
 144,50 - 1 - 1 = 2 Zouou

~~35,90x3~~
~~10x1,70~~
~~22,70x3~~
~~68,10~~

~~29,70~~

Eug 20
 1 - 6 - 0
 1 - 0 - 0
 1 - 0 - 0

Dubley 600
 1 - 1 - 1
 250 1000 500
 250 500 350

PHARMACIE NAYAT RABAT
 Docteur en Pharmacie
 1420, Lot. Al Wifak - Erac - Temara
 Tel.: 05 37 64 50 36
 Fax: 05 37 64 50 36
 172061058

~~110/10 + 3
142/10~~

Banabell bache
2x1 TUE x 234

Delaborn final

A. 9

Agreeeeeeeee

~~18,20x3
54,60~~

evi edose 204 000 (3 days)
✓ x 1 ill x 234

Dr. BENLAJBI Delai Amar Bechir
Endocrinologue Diabetologue
Nutritioniste
Tél: 05 24 31 86
GSM: 06 31 86 31 84
IN: 102061059



PHARMACIE NENZY
Najat RBATI
Docteur en Pharmacie
4420, Lot Al Wifak - Elrac - Temara
Tél: 06 31 64 50 36
IMPF: 102061059

LOT : 4665
PER : 05 - 26
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 7668
PER : 09 - 26
P.P.V : 17 DH 50

ADO 500 mg
Boîte de 50 comprimés pelliculés



6 118000 090014



6 118000 250500

UT.AV.

P.P.V.

LOT N° : F X 2 5 7 9

7 9 7 0

LOT : 7668
PER : 09 - 26
P.P.V : 17 DH 50

ADO 500 mg
Boîte de 50 comprimés pelliculés



6 118000 090014