

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.

M22- 0023351

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société : 146234

Actif

Pensionné(e)

Autre : FÉRIATI ABDELLAH

Nom & Prénom : FÉRIATI ABDELLAH

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : lot 7 Al Massira 99 route Al Allal Marrakech

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : 573,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2023

Nom et prénom du malade : Kris ANIARA Age : 57

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ostéopathie axillaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : axillaire

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 : Maroc

Le : 17/01/2023

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
15-01 2023	C5		300,00 Dh.	DR LEMTOUNI YOUSSEF GENERAL PRACTICE Polyclinique Marrakech EL Massira 1-D. Marrakech Tél: 05 24 49 82 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>PHARMACIE HAY MABROUKA</i> Abdelghani ENNAÏDOUN, en pharmacie 6, Lot. Mabrouka, résidence Hay A. Tel: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 44 84 87	Date 17/11/23	Montant de la facture 08 Lot. Mabrouka 1-D. Marrakech Tél: 05 24 49 82 88 Fax: 05 24 49 82 88
<p>PHARMACIE HAY MABROUKA Abdelghani ENNAÏDOUN, en pharmacie 6, Lot. Mabrouka, résidence Hay A. Tel: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 44 84 87</p>		

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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	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

Bon de Commande n°

Bon de Livraison n°

Bon de Devis n°

Date : 17-01-2023

FACTURE N°0009008

Doit : KRIS AMINA

DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
VELAXOR 37,10	94,00	l	188,00
ME 02 A Pn 25mg	113,10	l	227,00
TRYESTA 2,5 mg	29,10	l	59,00
STILNOX 100mg	56,60	l	113,20

PHARMACIE HAY MABROUKA
Abdelghani ENNABIL Dr. en pharmacie6 Lot. Mabrouka Residence Taif 1
Jbe Gustav Martukech

Tél: 05 24 42 31 77 - Fax: 05 24 44 84 87

MABROUKA

TOTAL H.T.	Gustav Martukech
T.V.A.....%	31 77 - Fax: 05 24 44 84 87
T.T.C.	

Réglé par :

PHARMACIE HAY MABROUKA

Arrêtée la Présente Facture à La Somme de : 113,20

Cent trente-trois mille deux cent

Tél: 05 24 42 31 77 - Fax: 05 24 44 84 87

Polyclinique Marrakech
El Massira

Pluridisciplinaire

مصحة مراكش

المسيرة

مصحة متعددة الاختصاصات

DR LEMTOUNI YOUSSEF
GENERALISTE
Polyclinique Marrakech EL Massira 1^{er} D^r Marrakech
Tel: 05 24 40 92 98
Marrakech, le :



14 - 01 - 2023

Mme

K Ri D

Amina

94,00 X 1

As

total de 37,5 ml

le matin après repas

113,50 X 2

1,5

21 Médic apin

29,50 00 - 00 - 01

As

31 T en sta 2,5 ml

56,60 X 2 112 - 112 - 112

As

41 Stilnox 10 ml

DR LEMTOUNI YOUSSEF
GENERALISTE
Polyclinique Marrakech EL Massira 1^{er} D^r, Marrakech
Tel: 05 24 49 82 83 - Fax: 05 24 49 82 83

traitement de 06 semaines

PHARMACIE HAY MABROUKA
Dr. en pharmacie
Tél: 05 24 49 82 83 - Fax: 05 24 49 82 83
Polyclinique Marrakech EL Massira 1^{er} D^r, Marrakech Tel: 05 24 49 82 83 - Fax: 05 24 49 82 83

حي المسيرة 1 حرف «د» رقم 8 مراكش -
Fax: 05 24 49 82 83 - E-mail : polyclinique.elmassira@gmail.com
Tél: 05 24 49 82 83 - Fax: 05 24 49 82 83
Tél: 05 24 49 82 83 - Fax: 05 24 49 82 83
Tél: 05 24 49 82 83 - Fax: 05 24 49 82 83

PER..01 2026

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V :56DH60

6 118000 061465

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30

P.P.V :29DH50

6 118000 011576

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V :56DH60

6 118000 061465

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30

P.P.V :29DH50

6 118000 011576

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V :56DH60

6 118000 061465

مَدِيزَابِينْ
أَذْرَابِينْ
مَعْ 2,5 فَرْصَا ملْبَسَا

MEDIZAPIN® 2,5 mg
30 comprimés



6 1180001150922

CiplaMaroc

VELAXOR® LP

Venlafaxine

Viole Orale

30 gélules à libération prolongée

P.P.V 94DH00

LOT 0003361 EXP 04/23

37,50 mg

6 11800
30 gél.
VEL.

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

AFRIC-PHAR

LOT

EXP

1108512 06/2024

PPV : 79DH80

0 gélules à
libération prolongée

Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg
30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660