

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 75 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-793251

AS6852

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3428 Société : RAO			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Zizi Mohenne L			
Nom & Prénom : 26/06/56			
Date de naissance : 12 av Michel Ange Paris			
Adresse : Cosmopolitan			
Tél. : 0661 33 16 33 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. DIOURI Med Jallil Neuro-chirurgien 9, Rue Imam Malek Guéiz Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26			
Date de consultation : Benyamin Sanaa Age : 1			
Nom et prénom du malade : Céline Abdellaziz			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Céline Abdellaziz			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 2009			
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 : 10/03/13
 Signature de l'adhérent(e) :

[Signature redacted]

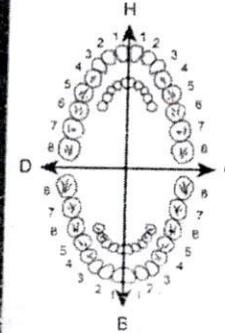
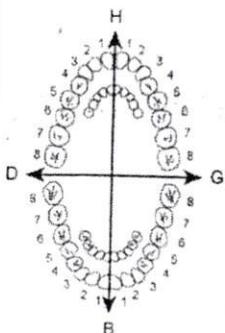
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12 MAI 2023	Cl		3000	INP : INPE 071045140 Dr. Diction Med Jall 40

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Sté. Pharm Marrakech	22 MAI 2023	294,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
du Soigne	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
22/00			

LOT : M0896
PER : 11/2024
PPU : 38,00DH

LES MEDICAUX				
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'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
B	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
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				

Docteur Mohamed Jalil DIOURI
Neurochirurgien
■ **Electro-encéphalogramme**
■ Spécialiste des maladies du système nerveux
et de la colonne vertébrale - Microchirurgie
■ Diplômé de la faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور محمد جليل الديوري
اختصاصي في جراحة الدماغ
والأنف والأذن والحنجرة والرئوي
التخطيط الكهربائي للدماغ
خريج كلية الطب بمولنبي - فرنسا

22/03/2023

Marrakech, le : مراكش في :

BENCHEKROUN SANA'A

- **Mydoflex 150mg**
1 comprimé matin, midi et soir pendant 10 jours
- **Cedol**
1 à 2 Comprimé, matin, midi, soir pendant 10 jours
- **Aflamic 15 mg**
1 comprimé après le déjeuner pendant 10 jours

*Dr. DIOURI Med Jall
Neuro-chirurgien
9, Rue Imam Malek Guéliz
Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26*

22 MAR. 2023

*Sitée Pharmacie Centrale SARL
166, Bd Mohammed V - Marrakech
Tél. : 05 24 43 01 55
Voir Vente*

PHARMACIE CENTRALE SARL

9 شارع إمام مالك، إقامة المسجد الطابق الأرضي، رقم 2 (قرب مسجد تركيا) كلوز - مراكش

9, rue Imam Malek, Résidence Al Masjid R.D.C N°2 - Guéliz Marrakech

Urgence : 06 61.16.36.39 المستعجل : Téléphone : 05 24.43.26.26 الهاتف : Email : mj.diouri@gmail.com

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 11/2025
LOT 28002 3

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 11/2025
LOT 28002 3

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 11/2025
LOT 28002 3

...PH. CENTRALE GUELIZ...
HAIZOUN TARIK
166.AV.MOHAMED V
Tel :0524430158 MARRAKECH

22/03/2023 16:29

1	MYDOFLEX 150MG/30CP	94.00
1	CEDOL CODEINE 20 COMP	22.00
1	AFLAMIC 15MG/10CP	38.00
4	BECIDOUZE 20 DRAGEES	35.10

TVA :
TOTAL :

19.26
294.40

GTIN: 06118001260850
LOT: 4017
MFG: 06 2022
EXP.: 06 2025
PPV: 94dhs00



BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 11/2025
LOT 28002 3