

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.

N° W21-782924

158785

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule :	3428	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom :		
Zizi Mohammadi		
Date de naissance :		
26-06-56		
Adresse :		
12 Rue Indul Ange Barine		
Tél. :	05 331633	Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Tél. 05 22 20 45 45

Nom et prénom du malade : Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

27 AVR. 2023

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22 / 02 / 23

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YAHJA JAMA Nadia Lamine Résidence Taghazout Tel: 05 22 20 28 87	22-02-23	180,42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. R/KHA YOUSSEFI
Chirurgien Dentiste
22 Bd. Hassan IIème Flage
Marrakech
0524451987/Fax



* Dr : BENNOUNA LOURIDI MONCEF

* Dr : LAZREK IDRIS

* Dr : RKHA YOUSSEF

* الدكتور بنونة لوريدي منصف

* الدكتور الأزرق إدريس

* الدكتور الرخى يوسف

Marrakech, le : Le 22/01/2013 مراكش، في:

Facture

Je soumets à Dr R'KHA Youssef Dentiste de l'Institut Guéliz Marrakech, le patient Zizi Mohamed,

R'KHA Youssef Dentiste
220 Bd. Mouloud V, 5ème Etage
Marrakech - Tél : 05 24 432 987 / 05 24 42 09 42

Je déclare que le patient va payer la somme.

de 300 DH

Dr. R'KHA Youssef
Chirurgien Dentiste
220 Bd. Mouloud V, 5ème Etage
Marrakech
Tél : 05 24 432 987 / 05 24 42 09 42

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables



avis d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV: 40DH00
PER: 12/25
LOT: L3939

bottu^à
b2. Allée des Cannaies - Al-Sabha - Casablanca
b3. Bachouchi - Pharmaciens Responsable

PPV: 20DH00
PER: 11/25
LOT: L3647

bottu^à
b2. Allée des Cannaies - Al-Sabha - Casablanca
b3. Bachouchi - Pharmaciens Responsable

28,80

28,80

28,80

مركز :
الزرع - الدكتور *
الدكتورة *
الدكتور *

PPV: 14DH00
PER: 12/25
LOT: L3737



(40,00 × 2)

1) Cotipred. 20 mg

3cp en une seule prise le matin

Pch A Mois

(28,80 × 3)

2) VITANEVril Fort

6cp par Fr. Pdt em Mois

16.77

3) Doliprane 1000 mg

en cas de douleur

180,00

220 Bd. Mohamed V, Résidence Badr
5ème étage - Guéliz - Marrakech
GSM : 06 39 32 00 92 / 07 66 77 07 05
Tél. : 0524 432 987 / 05 24 42 09 42
E-mail : centredentairegueliz@gmail.com

Dr. R'KHA Youssef
Chirurgien Dentiste
220 Bd. Med V, 5ème Etage
Marrakech
Tel : 05 24 432 987 / 05 24 42 09 42