

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-011792

188583

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1135

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELLAKHIDI Abdelmoula

Date de naissance :

01-01-47

Adresse :

Residence ENNAJO 1M. 22 Apt. 233
Ave STENDHAL CA/ABLANTA

Tél. :

0522 251179 Total des frais engagés : 177,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

1 Juillet 2023 Age :

Nom et prénom du malade :

El Lakhdar Kadi

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose

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 : MARRAKECH

Le : 01/12/2023

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
2023	C	-	G	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> OPTICAL PHARMACEUTIQUE INPE: 072032055	01/12/2023	177,60

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	

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	CCEFFICIENT 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 PROTHÈSES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

Dr Abdelghani LAALOU

Ancien Médecin - Chef
de l'Hôpital Avenzoar

Médecine Générale

138, Boulevard Mohamed V

Guéliz - Marrakech

Tél. C: 05 24 43 35 08 - D.: 05 24 44 85 98

Portable : 06 61 24 14 86

الدكتور عبد الغني لعلو

طبيب رئيسي سابق بمستشفى ابن زهير

الطب العام

138، شارع محمد الخامس جليز - مراكش

عيادة : 05 24 44 85 98 - منزل : 05 24 43 35 08

المحمول : 06 61 24 14 86

Marrakech, le E-1 Date 7/2023 مراكش في

Mr El Lekhdi

A 3000 m de la

PL

- Voxcib 200 S

LOT : 20119
PER : 06/25
PPV : 82,00 DH



37-

1 gel/1

- Dexoxol 500

DUOXOL 500mg/2mg 10 كبسولات
نسبة 20 comprimés

10 Comprimés

37100

DUOXOL 500mg/2mg
20 comprimés

☒

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML

☒

P.P.V : 45DH40

6 118000 013494

13,20

- Dyphalac 86

INDICATIONS : ANALGÉSIE PROFONDE

Douleurs rhumatismales - Douleurs du lumbago et du torticolis - Douleurs d'origine musculaire ou ligamentaire - Massages sportifs.

MODE D'EMPLOI :

Oncctions légères de la zone douloureuse.
A répéter plusieurs fois par jour si nécessaire.

A.M.M. N° : 265

P.P.V. : 13,20 DH

Lot N° / Date Per. :

CREME - ONG

Inongan

177,6