

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2597 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAJAH Abdelaaziz

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : cooperative Nakhl N° 275 YBA Marrakech

Tél. : 06.51.34.83.20 Total des frais engagés : 416,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2024

Nom et prénom du malade : Najah Abdelaaziz

Age : 71

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 17/01/2024

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
17/01/24			4	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Quai des Tasseaux N° 415, Sybe 40050 Metz-lez-Lyon Tel: 05 24 49 47 38	17/01/24	456,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D ——————+————— 00000000 00000000 35533411 11433553	G	
	B			MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le : Holzschuf

ORDONNANCE

Najah Koblaazy

49,50 *filopeltis* sp.  NCS 3m

297,00 Significat-400
1 Bon 2 


40,00 Effpunkt

416,50 2 yl le ~~barber~~
Rit ~~barber~~
~~18.06.2012~~
~~00030824~~
~~samit~~

SYNTHEMEDIC
22 rue souk el boujai al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORI TURBUHALER

400/12µg par dose Pdt p/utb

Flacon de 60 doses

10514 DMP/21NRO: 297,00 H

118000 020935

PHMF AVR-2/2
MAR-2/4

Contenu net: 150 ml

Lot: 221011

A consommer
de préférence avant le: 10/2025

PPC: 79,50 DH



MEDIPRO PHARMA

150 ml

سینکوری ترسبولير
سيمبوري ترسبولير
سینکوری ترسبولير

EFFIPRED® 20 mg

PPU 400H00
EXP 06/2026
LOT 3304

EFFIPRED®
20 Comprimés effervescents 20 mg
6 118000 031369

PHARMACIE DE LA PALESTINE
DR BAIAK ABDELLAH
QUARTIER TASSELTANT N 4 ET 5 SYBA
40050 MARRAKECH

Tél : 0524404738

22/01/2024

MR NAJAH ABDELAZIZ

FACTURE N° : 3437 du 22/01/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	FITOPOLIS SIROP ADULT	79,50	79,50	0%
1	SYMBICORT 400/60DOS	297,00	297,00	7%
1	EFFIPRED 20 / 20 CP	40,00	40,00	7%
Total TTC				416,50

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUATRE CENT SEIZE DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	79,50	0,00	79,50
7.00%	7,00	314,95	22,05	337,00
		394,45	22,05	416,50

