

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031718

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	M 1687	Société :	AGG 168
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KHATTABI ABD			
Date de naissance : en 1971			
Adresse : WALILI B, N° 41 Bou AAKAZ Marrakech			
Tel. : 06 613 53 43	Total des frais engagés : 1977,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.02.2024

Nom et prénom du malade : EP. Khattabi Abd Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DT2 / hypertension

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0031718

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11687
Nom de l'adhérent(e) : EL KHATTABI
Total des frais engagés : 1977,50
Date de dépôt :

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
27.02.2024	CS	C.1	100.00	<i>Dr. A. Toudgha - Marrakech Docteur en Médecine Générale S. Lot. Toudgha. M'hamed - Marrakech GSM : 05 24 39 06 53</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE SALMA Boulevard M'hamid N° 1436 Télé: 05 24 37 22 42</i>	24-02-24	1877,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

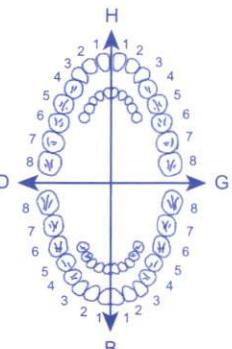
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

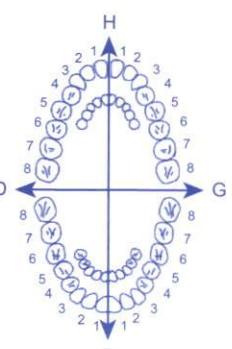
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000	B	00000000
	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

43,20

43,20

de l'Université de Bordeaux-France

- ♦ Echographie
- ♦ ECG
- ♦ El Hijama Médicale
- ♦ Agrée pour la visite du permis de conduire

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

ماء الدفافي

العام

ل النساء، تتيح الحمل

جامعة بوردو بفرنسا

راض السكري والتغذ

برنسا

صوتى



Marrakech, le 27/12/2012

Nom et Prénom : El Khattabi Abd

1,34,00x3

21 Janumet 1000 mg

1 - 0 - 1

SV

TH

78,00

48,70x3

21 Diamicron 60mg

2 - 0 - 0

SV

43,20x3

31 Zyloric 200 mg

10/15

Be soin

SV

P.P.V: 437,00 DH.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

Distribué par

MSD

MAROC.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.

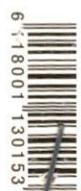
100,60x2
41 Brexin

20 mg

10/20

78,00

SV



184,75,00

ادنى

3, Lot. T



SERVIR MAROC
60 comprimés
6 118001 130153
ZYLORIC 200 mg
Remboursable AMO
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ

