

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 au 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-502985

ND: 17441

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8642	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Zouhri ABDELKHA			
Date de naissance : 14/12/1970			
Adresse : 56 DAOUSS ST ARIAKA JARVIL			
Tél. : 0624032705	Total des frais engagés : 1089,00	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : EL MZARI NADIA Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affection psychologique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 UN			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un caractère 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 : 17/12/2019.

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/12/2019.

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
23.12.2019	CM.PSY	—	302,00	INP : 071083976 Dr. GHAZOUANI Neuro Psychiatre Bd Akhaway Abellak, Résidence Bab Doukkala Bloc A, 3ème Etage N° 16 - Marrakech Tel.: 05 24 43 43 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Aéroport de Marrakech Aéroport Marrakech - Mellah Tél / Fax: (+212) 05 24 44 80 38 E-mail: pharmacie.aeroport.marrakech@wanadoo.fr	23/12/19	739,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

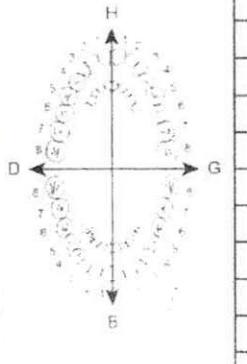
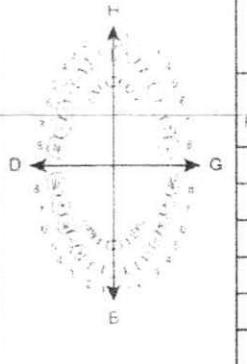
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>22033550</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>22033550</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la prothèse</p>	H	21433552	22033550	00000000	22033550	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> FIN DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>
H	21433552											
22033550	00000000											
22033550	00000000											
35533411	11433553											
B												
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION										

Dr GHAZOUAN Jamal
Neuro Psychiatre
Ancien Médecin chef
de l'hôpital Ibn Nafis

دكتور غزوان جمال
اختصاصي في الأمراض
النفسية و العصبية
طبيب رئيس مستشفى
ابن نفيس سابقا

*Pharmacie de l'Aéroport
de Marrakech*
Terminal 1 Aéroport Marrakech - Ménara
Tél / Fax : (+212) 05 24 44 60 38
Nom : EL HADIDI
Prénom : NADIA

Marrakech, le : 23/12/2018

ASO - Véleron 75



2300 - Temesta 1mg



*Pharmacie de l'Aéroport
de Marrakech*
Terminal 1 Aéroport Marrakech - Ménara
Tél / Fax : (+212) 05 24 44 60 38
e-mail : ph.delaeroportdemarrakech@yahoo.fr

PER 03/2011
LOT : 9999911

TEMESTA 1MG
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00

6 118000 011569

*Dr. GHAZOUAN Jamal
Neuro Psychiatre
Boulevard Moulay Abdellah, Résidence Bab Doukkala
Bloc A 3ème étage N° 16 - Marrakech
Tel.: 05 24 43 43 11*

R DV:

Jeudi 26 Fév

à 10h

LOT N° : 0901277
EXP : 01/2022
PPV : 179DH00

LOT N° : 0901277
EXP : 01/2022
PPV : 179DH00

LOT N° : 1907477
EXP : 07/2022
PPV : 179DH00

LOT N° : 0901277
EXP : 01/2022
PPV : 179DH00