

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W19-533227

ND: 29485

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4588	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BADOU ABDELKHALEK			
Date de naissance : 01/01/1957			
Adresse : 69 lot des Jardins Targa 40120 Tarrakech			
Tél. : 0656 872525	Total des frais engagés : 752,95 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Othmane Appart 2ème étage - 10000 Marrakech PC: 12115 - T.P. 0524 56833 T.P. 0524 75941			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BAYON			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : LYMPHOME			
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 : Tarrakech

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22 JUIN 2020



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
13/3/2020	DST.G.O.PAT.M18	1	500,00 Dhs	INP Sté OSTEOPHORM MA Résidence Othmane Aptt7, 2ème étage Rue Comp mangin Ma raked RC: 62315 - I.F: 40486833 T.P: 64225941
	(4175 16.02.1 N0.501.6697024)			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PREMIUM BANIA "PHARMACIE TULIP" Propriété "Jawhar 2-115" Lot Jawhar 2 - Marrakech	13/3/2020	252,90 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

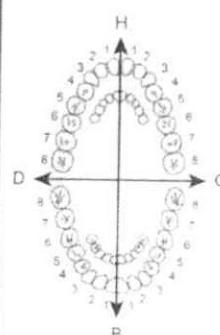
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

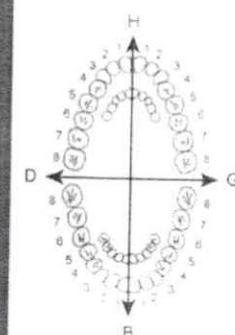
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :	
-------	--



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

74513413	21499143
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

--

MONTANTS DES SOINS

--

DEBUT D'EXECUTION

--

FIN D'EXECUTION

--

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

--

MONTANTS DES SOINS

--

DATE DU DEVIS

--

DATE DE L'EXECUTION

--

PPV: 22DH20
PER: 12/21
LOT: I2960



Patrick FRAGU – OSTÉOPATHE



Société à Responsabilité Limitée
<http://www.osteomaroc.com/>

Titulaire du Diplôme Inter Universitaire d'Ostéopathie
Délivré par l'UNIVERSITÉ de Médecine de PARIS XIII
Titulaire du Diplôme de DOCTEUR EN MÉDECINE
Délivré par l'UNIVERSITÉ de Médecine de NANTES
Titulaire de l'attestation d'Hydrologie et de climatologie
Délivrée par l'UNIVERSITÉ de Médecine de BORDEAUX
Co fondateur et enseignant à l'Ecole Française d'Ostéopathie

MARRAKECH

Résidence Othmane

FACE au LYCEE VICTOR HUGO

Appt N°7, Rue Camp MANGIN, 2ème étage

TEL : 05 24 42 23 72

GSM : 06 61 05 78 05

Marrakech le 13 mars 2020

M BADOU Abdelkhalek

PRÉCONISATIONS:

84,80 BREXIN
92,80 OMEPRAZOLE
53,10 RELAXOL
22,70 CODOLIPRANE
252,90

1 comprimé matin et soir
1 comprimé par jour
1 comprimé matin et soir
1 comprimé matin midi et soir



Ce document comporte des conseils et préconisations mais n'est pas une ordonnance Médicale. Son application est laissée à l'appréciation du client et des professionnels concernés.

RC Marrakech 67227 – Patente 32290063

OSTÉOFORM MA



Société à Responsabilité Limitée
<http://www.osteomaroc.com/>

Patrick FRAGU – OSTÉOPATHE

Titulaire du Diplôme Inter Universitaire d'Ostéopathie
Délivré par l'UNIVERSITÉ de Médecine de PARIS XIII
Titulaire du Diplôme de DOCTEUR EN MÉDECINE
Délivré par l'UNIVERSITÉ de Médecine de NANTES
Titulaire de l'attestation d'Hydrologie et de climatologie
Délivrée par l'UNIVERSITÉ de Médecine de BORDEAUX
Co fondateur et enseignant à l'Ecole Française d'Ostéopathie

MARRAKECH

Residence Othmane

FACE au LYCEE VICTOR HUGO

Appt N°7, Rue Comp MANGIN, 2ème étage

TEL : 05 24 42 23 72

GSM : 06 61 05 78 05

Facture établie le 13 mars 2020

Reçu de Mr. BADOU Abdelkhalek

La somme de cinq cent dirhams (500 drh)

Dont 83,33 drh de TVA

Pour « Ostéopathie » Acte Hors Nomenclature


Sté OSTEOPATHIE MA
Résidence Othmane
Appt7, 2ème étage Rue Comp mangin Marrakech
RC: 62315 - I.F: 40486833
T.P: 64225941