

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-

046065
80123

**MUPRAS
RECEPTION** Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 160941

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Kourt KHA Diija

Date de naissance :

Adresse : HABITATION

Tél. : 0632 453 093 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/07/2021

Nom et prénom du malade : Kourt KHA Diija Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vertige rotatoire

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 : 04/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/07/2021

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
10/07 2021			130,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/2021	19,80
	10/07/2021	109,20

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
<img alt="Dental chart showing teeth 1-8 on both arches with various treatment codes (e.g., 1, 2	

Dr Hamza JAMI

OMNIPRATICIEN

lauréat de la faculté de médecine
et de pharmacie Casablanca.

Ancien médecin interne
du CHP Ben M'sik



الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمركز الاستشفائي بن امسيك

Deroua le : 10/10/2021
الدروة في

RDJ
02/10/2021

Mr Kourt Khatij

1/ Taguan 4
51,00 ₣ - ₣ - ₣

AS

2/ vitamex 1 fls
8,80 ₣ - ₣ - ₣

AS

3/ Gaprex 25 mg
20,20 ₣ - ₣ - ₣

AS

GAPREX® 25 mg
60 Gélules



6 118000 072157

LOT 20N033 EXP. 11/21
PPV: 109DH20

طابق الأول بجزنة الوحدة 2 أمام مختبر التحليلات الدروة
252, 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du labo d'analyses méd.
Tel : 0522 036 000
الهاتف :



 **Tanganil® 500 mg**

تاجانيل® 500 ملغم

30 comprimés - 30 رص -

VTE : MA - PPV : 51DH00

728860



6 118001 183340

