

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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° W19-550661

go so go com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

4748

Matricule : _____ Société : _____

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 469,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

EL YACOUBI Abdelaziz
Spécialiste O.R.L.
Av. Allal El Fassi Complexe Al Ahbas,
Entrée N° 6 Marrakech
Tel. 05 22 20 45 45

Date de consultation :

92 / 12 / 2012

Nom et prénom du malade :

DOUARAA chakib

Age: 65 ans

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Hyper tension

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 : 05 22 20 45 45

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 24/10/2012

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
22.11.2011	DS		200,-	INP : 091060413 DU 22 NOVEMBRE 2011 LE MEDICIN A PAYER

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de l'Aéroport de Marrakech Terminal 1 (Aéroport) +212 05 24 44 00 38</i>	<i>22 Nov. 21</i>	<i>265.50</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

BELEVE 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	INP : []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DEBUT D'EXECUTION []															
				FIN D'EXECUTION []															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			D	00000000	00000000	35533411 11433553			MONTANTS DES SOINS []
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
B																			
D	00000000	00000000																	
35533411 11433553																			
				DATE DU DEVIS []															
				DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Yacoubi Abdelaziz

Spécialiste O.R.L.
Oreilles, Nez, Gorge

diplômé d'état de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور اليعقوبي عبد العزيز

اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن
والأنف والحنجرة
خريج كلية الطب بباريس

Pharmacie de l'Aéroport
Terminal 1 Aéroport Marrakech - Maroc
Tél/Fax : (+212) 05 24 44 00 38
e-mail : bh.delaeroport@wanadoo.fr

22.10.2021

Mr DOUTABAA Chakib

221.00

1 CLAVULIN SACHET 1 G BTE/24



Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 8 jours.

4850

2 COTIPRED CP 20 MG



Prendre 3 comprimés le matin, pendant 5 jours. dans l'eau

3 NB / SURVEIELLER TA+++

PPV: 221,00 DH
LOT: 645060
PER: 02/22



Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRE

Dr EL YACOUBI Abdelaziz

Dr EL YACOUBI Abdelaziz
Spécialiste O.R.L.
Tél/Fax : 05 24 33 07 87

PPV: 48DH50
PER: 05-24
LOT: K 1285

bottu s.a.
62, Allée des Casaneras - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Rendez-vous le :

المركب المعماري والتجاري الأ Abbas - مدخل رقم 6 - عبادة رقم 3 «شارع علال الفاسي الداوديات - مراكش
Complexe Commercial AL Ahbas , n° 6 / 3 Av. Allal El Fassi Daoudiate - Marrakech

E-mail : azyacorl@yahoo.fr - Tél/Fax : 05 24 33 07 87: الهاتف / الفاكس