

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N° M21- 1050840

101881

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610 Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA

23-12-1957

Date de naissance :

Adresse : 112 LOT EL WAFA H. DEROUA.

Tél. 0663072895

Total des frais engagés : 181 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdeljalil NAAMANE
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
BLOC C-1 N°12 - Deroua
Tel: 05 22 53 28 25

Date de consultation : 31/1/22

Nom et prénom du malade : AZMI EL MOSTAFA

Age : 23-12-57

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CSTELE

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 : DEROUA.

Le : 31/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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 Traçage des Actes
31 JAN 2022	CS	1	100,00	Dr. Abdeljalil NABIL Médecine Générale ECHO ORGANIC C. N° 72-05-22-53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Measuring the effect of the intervention on the outcome variable.

3A-1-22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du **Date** **Désignation des** **Montant**

Date **Coefficients** **des Honoraires**

.....

.....

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552 00000000 00000000
	00000000 00000000 35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
B																		
		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Abdejalil Naamane

عبد الجليل نعمان

دكتور في الطب

الفحص بالصدى

الدروة رقم 12 - بلوك ك

الهاتف : 05 22 53 28 25

زيارة في المنزل

Docteur en Médecine
Echographie
Bloc Q N° 12 - Deroua
Tél.: 05 22 53 28 25
Visite à Domicile

ORDONNANCE

31 JAN. 2022

الدروة في : Deroua, le :

Dr. ABDJALIL NAAMANI

16/1/2014

Inès de

1 tablet Nefazodone 300 mg

1 tablet Clonazepam 0.25 mg

1 tablet Paracetamol 500 mg

1 tablet Domperidone 30 mg

1 tablet Aspirin 100 mg

PHARMACIE EL OUMOUR
244 lotissement el wafa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

Dr. Abdeljalil NAAMANI

PHARMACIE EL OUMOUR
244 lotissement et wafa
Deroua
Tix : 05.22.53.20.54

53.20.51
Dr. Abdeljalil NAAMANE
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
BLOC "C" N° 12 - Deroua
Tél: 05 22 53 20 25

LOT 211907
EXP 07/2026
PPV 46.00

LOT: M0604
PER: 11/2025
PPU: 75.00DH



METEOSPASMYL® 8 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V.: 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293