

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

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

Déclaration de Maladie

N° W21-681244

105449

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02770

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KILLOU HASSAN

Date de naissance : 01/04/1956

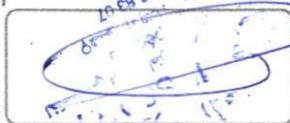
Adresse : 02770 Salé n° 1348 Maroc

Tél. : 06.66.78.15.20 Total des frais engagés 1065 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Ali Nacirouche - Meilleur Age: 57 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dear Sir / cerebrology

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Maladie -

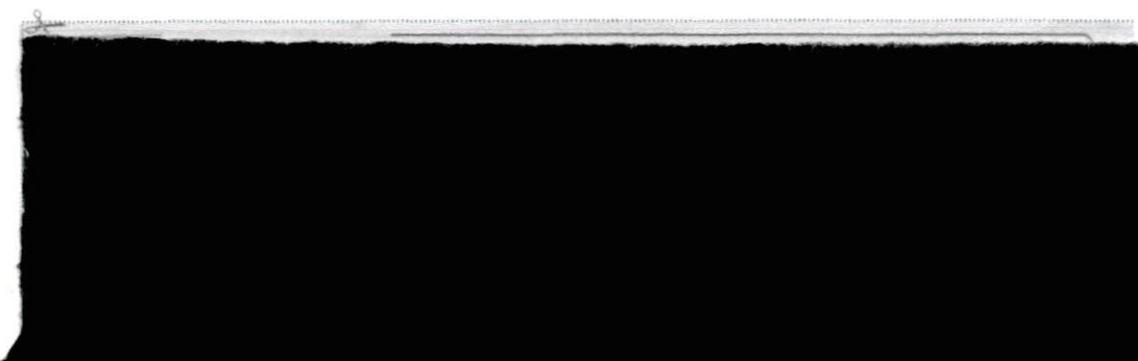
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 1/1/2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie JASMIN N°1139 SOCOMA - Marrakech Tél: 0524 49 41 62 E: 072835355	15/02/22	367,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>10/08/99 19:51 1999</i> <i>CDP/CLP</i> <i>10/08/99 19:51 1999</i> <i>CDP/CLP</i> <i>10/08/99 19:51 1999</i> <i>CDP/CLP</i>	<i>1/8/99</i>	<i>Rx nachis</i> <i>desse. Pombaine F</i> <i>Rx Bassin F</i>	<i>450.- JF</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VISLET ADHESIVE

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</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;">B</td> </tr> </table>		H		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H														
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DE TRAUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE EL - MASSIRA

مركز علاج و جراحة العظام و المفاصل المسيرة

Dr . Othmane MESSARY

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique
Traumatologique.

- Lauréat de la faculté de médecine de Paris France et de Casablanca.
- Ex chirurgien des hôpitaux de Paris



الدكتور المسرى عثمان

اختصاصي في علاج و جراحة أمراض العظام و
المفاصل

- خريج كلية الطب بباريس فرنسا و
كلية الطب الدار البيضاء
- طبيب جراح سابق بمستشفيات باريس

Marrakech le : 15/10/2022

Mr Aït Nasser - Nasser

144,30 ① I See 2000 - 7 SV 100 x 217 (05J) 100,00

37,00 100 x 175 (05J) 100,00 ② Acetab

87,00 220 x 217 (06J) SV

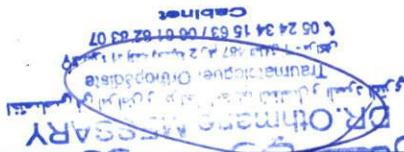
③ Relaxeine BG SV

99,00 100 x 175 100,00

Pharmacie JASMIN
N°1139 SOCOMA - Marrakech
Tél : 05 24 49 41 62

④ I See 40 - 100 x 175 100,00
367,30

AV: 250



السرير 1 د. إقامة بالملعبين 2 رقم 487 الطابق - 1 الشقة 2 - مراكش

Massira 1 D, residence Yasmina 2 , N° 487 App 2, 1^{re} étage - Marrakech

Tél : +212 052 434 1563 - 066 182 8307 - 066 234 3684

Email : messaryothmane8@gmail.com

LOT : MO 632
EXP : 11/2023
PPV : 99,00DH

Relaxium®
B6
300 mg
30 GÉLULES

LOT : 210665
EXP : 12/2024
PPV : 87,00DH

44,30

ISOX® 200 mg
Celecoxib
20 gélules
PHONOPHARM S.A.
6 118000 242444

37/08
EXP :
LOT :
PPV :

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Othmane MESSARY

A l'honneur de présenter ses compliments à

M^{me}..... AIT YAN SOUR MINA

Et lui adresser selon l'usage sa note d'honoraires.

Consultation + Rx nachis d'uro.Pombaire
F + P

Soit la somme de : + Rx Bassin F

250 DHS + 150 DHS

Total: 400 DHS

Marrakech le : 15/02/22

DR. OTHMANE MESSARY
Dr. Othmane MESSARY
06 24 34 15 63 / 06 61 62 89 07
06 24 34 15 63 / 06 61 62 89 07
Dr. Othmane MESSARY

CENTRE DE TRAUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE EL - MASSIRA

مركز علاج و جراحة العظام و المفاصل المسيرة

Dr . Othmane MESSARY

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique
Traumatologique.

• Lauréat de la faculté de médecine de
Paris France et de Casablanca.

• Ex chirurgien des hôpitaux de paris



الدكتور المسرى عثمان

اختصاصي في علاج و جراحة أمراض العظام و
المفاصل

• خريج كلية الطب بباريس فرنسا و
كلية الطب الدار البيضاء

• طبيب جراح سابق بمستشفيات باريس

Marrakech le : 15.02.2022

M : AIT MANSOUR MINA

Rx nachis dorsal-Pombaine F + P

R x Bassin F

Résultat: Fracture T11/12 et D12

Risques de lésions



المسيرة 1 د اقامة ياسمينة 2 رقم 487 الطابق - 1 الشقة 2 - مراكش

Massira 1 D, residence Yasmina 2, N° 487 App 2, 1^{re} étage - Marrakech

Tél : +212 052 434 1563 - 066 182 8307 - 066 234 3684

Email : messaryothmane8@gmail.com

Mr KILLOU Hassan

Casablanca le 24/02/2022

Mle 02770

Retraité RAM

Mr. le Directeur de la MUPRAS

Objet : Déclaration sur l'honneur

Je déclare par la présente que mon épouse AIT MANSOUR MINA a eu une chute à la maison en nettoyant le sol avec de l'eau et le produit qui lui a causée une fracture au niveau du vertèbre lombaire d12.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Veuillez agréer, Mr le Directeur, mes salutations distinguées.

Mr. killou hassan

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mr. killou hassan', with a stylized, cursive script.