

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.



Declaration de Maladie

N° W21-704423

MA084

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>0442</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>MERZAQ AHMED</u>			
Date de naissance : <u>01.01.1964</u>			
Adresse : <u>396 NAWRASS DARBOUATZA CASA</u>			
Tél. : <u>0671907244</u>	Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <u>Dr. LAMOURI Faïcal</u> <u>Spécialiste en Médecine et Biologie</u> <u>du Sport</u> <u>Médecine Générale</u> <u>Tél.: 05 37 71 24 42</u> <u>INP : 101091379</u> </div>		
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <u>15/02/2022</u> <u>MORZAGH Ahmed</u> <u>Age: 57</u> </div>		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>myasthenie Rhabdomyose</u>		
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'atté médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
15/02/22	CS	1	252dh	INP : 1011091379 Dr. LAKOURI Faïçal Médecin du Sport Générale 1 24 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 BOUJIAFFA MARTINE PHARMACIE AL OUMLANE BP 100 96-62-54 TÉL: 02 32 86 02 19	15/12/2022	570,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

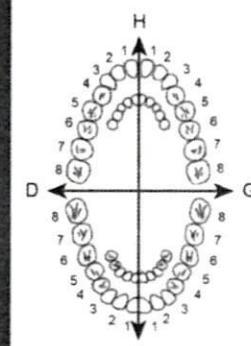
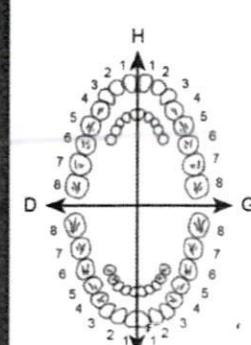
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Faiçal LAMOURI

Diplômé de la faculté de médecine de NANCY
Assermenté auprès des tribunaux
Médecin conseil auprès du consulat Général de France
Spécialiste en médecine et biologie du sport
Médecine générale
Echographie générale
ICE 001621538000082

15/02/2022

Monsieur MERZAQ AHMED ,

1-- Autre prescription

213.100

288,00 UMAX 1 cp le soir pendant 2 mois

2-- MINIRINMECT

1 cp par jour pendant 2 mois

3-- LASILIX 40mg Cpr B/20

1 comprimé le matin avant le repas pdt 2 mois

301.60 + 2

170,80

LOT 211323
EXP 05/2023
P.P.V 213.00DH

MINIRIN MELT 80 µg
Lyophilisat oral, Boîte de 30.
P.P.V : 288,00 DH
AMM N° 210/18 DMP 121/NNPR
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N 1.27162 - Bouskoura-Maroc

6 118001 072361

LOT 211323
PER. 08/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

LOT 211323
PER. 07/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

Dr. LAMOURI Faiçal
Spécialiste en Médecine et Biolog.
du Sport
Médecine Générale
Tél.: 05 37 71 24 42
INP : 101091379



Avenue Nakhil rue attoute en face de la tour Maroc Telecom
Tel : 0537712442 Mobile : 0661153172