

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-674937

AN 7580

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1442 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BANQOUR TOUREXIA
 Date de naissance : 21/10/1949
 Adresse : 163 KOUR ASNE 2 MARRAKECH
 Tél. : 066593575 / 0524436363 Total des frais engagés : 13.11.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur CHERAI Mohamed
CARDIOLOGUE
55, BD Zerkouni - Marrakech
Guéliz, Tél: C : 044 43 23 25

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Marrakech
Signature de l'adhérent(e) : POUKE

Le : 08/11/2018

| 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 |
| 6/11/99 | CS | | 874,00 | INP Signature : Marrakech 10/11/99 Signature : Koulouba 24/11/99 Signature : Tunis 24/11/99 Signature : Marrakech 25/11/99 Signature : Tunis 25/11/99 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|--------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 6/4/22 | 1311,80 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

Cabinet de Consultations et d'Explorations Cardiaques

Docteur CHERAI Mohamed

Cardiologue

Diplômé de la Faculté
de Médecine d'Amiens (France)

Diplômé en Stimulation Cardiaque
Ex-Médecin Attaché au CHU d'Amiens

الدكتور الشرعي مدح

الطب الكندي

والتحريك الآلى للقلب

خريج كلية الطب بأمييان (فرنسا)

طیب ملحق سابق بمستشفيات أميان (فرنسا)

Marrakech, le

6) H/22

مراكش، فی

789,00

B Anclair Taurier
(131,50x4)

136.50

85, 20

Amber 5

110

297,00

Relaxation

13.11.80

27 Jan

Docteur CHERAI Mohamed
CARDIOLOGUE
55, BD Zerkouni - Marrakech
Guéliz, Tel: C : 044/43 23 25

55 شارع الزرقطوني مدخل س. الطابق الأول على اليسار (فوق تأمينات بلكاھية) جلیز - مراكش
55, Bd. Zerkouni, Entrée C. 1ère étage à Gauche (Au dessus des Assurances Belkahia) Guéliz - Marrakech
Tél. : (Cabinet) : 05 24 43 23 25 - GSM : 06 61 24 05 92



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

UT.AV : 04.2024 P.P.V.

136 60

LOT N° : F E 4 2 9 2 136,60

UT.AV : 04.2024 P.P.V.

89 20

LOT N° : F E 4 2 9 2 89,20

LOT: 210411
DLUO: 09/2024
99,00DHes Deva Pharmaceutique
l Pharmacien ResponsableIT
LOT: 210657
DLUO: 12/2024
99,00DHratoires Deva Pharmaceutique
UAIDI Pharmacien ResponsableLOT: 210657
DLUO: 12/2024
99,00DHratoires Deva Pharmaceutique
UAIDI Pharmacien Responsable