

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim

Date de naissance : 21/01/1949

Adresse : Halituelle

Tél. : 06 89 62 98 54

Total des frais engagés : 2330,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AYOUB EL KADDOURI
Médecine Générale
Av. Hassan II Aoulouz
06 22 45 20 50

Date de consultation : 21/06/2022

Nom et prénom du malade : CATIUS ZAPIT Age : 55

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA + epigastrique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Allal

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
25/10/2018	-	CF	G	Dr. AYOUB EL KADDOURI Médecine Générale Av. Hassan II Aoulouz 06 22 45 20 50

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HOPITAL Dr. H. OTTA Abbelfattah N° 62, Bd. Hassan II - AOULOUD Province TAROUDANT Tél : 05 28 52 03 20	25/06/22	2320,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

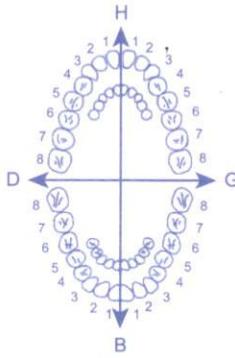
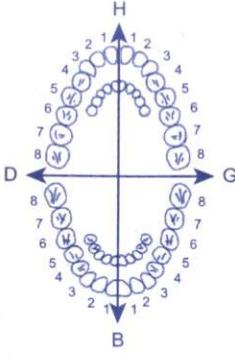
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	



Aoulouz, le

25 Juin 2022

أولوز، في

TAD 15/8

Fatima Zarif

11000x12

1) - Humalog Mix 22
980x3



qui t pren

12/3

SV

1570x3

2) - Co-Syref 8

2800x3

3) - No lip 8

5140

4) - Glucophage 1000g x

3000

5) - Megaflo x 2 Day x

1830

6) - No-dol fen 400g x

7) - Clorox 1L

7) - Clorox 1L

0/1P

SV

0/1P

SV

SV

SV

SV

Dr. AYOUB EL KADDOURI
Médecine Générale
Av. Hassan II Aoulouz

شارع الحسن الثاني 15 اولوز تارودانت 06 22 45 20 50

Tél : 06 22 45 20 50

N.D 8) - Accuject active
N.D 9) - bandelle de la brûle de 25
14x31 mm 1/2 Abte

Dr. AYOUB EL.KADDOURI
Médecine Générale
Av. Hassan II Aoulouz
06 22 45 20 50

2330/30



LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH



28,00

157,10

NOLIP® 10 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 072010

Glucophage® 1000 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

14011081



CLOSIPROL 5mg/10mg-Q
30 comprimés pelliculés sécables
PPV. 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PREScrit



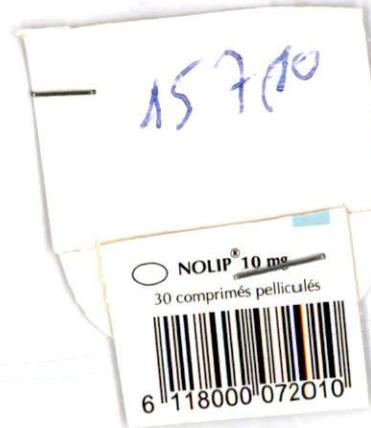
PPU 18DH30
EXP 02/2025
LOT 1D069 3



14011081



14011081



NO-DOLFEN 400MG
CP PELL B30
LOT.21E006
PER.08 2024
P.P.V :30DH00

6 118000 061878



LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D475641C.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D395788P.4
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH