

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0783* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *JAADAL mohammed*

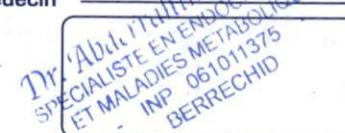
Date de naissance : *03.02.1946*

Adresse : *Houy Tmara I Rue 16N° 13
An chock CARA*

Tél. : *06 61 80 10 22* Total des frais engagés : *3252,40 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : */ /*

Nom et prénom du malade : *EN-NASEFY Amine* Age : *70 ans*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *diabète*

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 : *CASABLANCA* Le : *25/10/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *(Signature)*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07 2023	3002,40

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

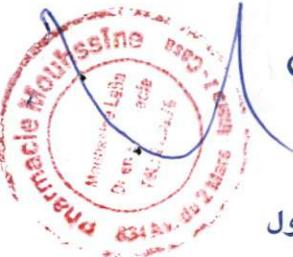
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Bokhamy

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

**Diabète - Obésité - Nutrition
Cholestérol - Glandes - Stérilité
Ménopause - Andrologie**



الدكتور عبد الرحيم بخاشي

الاختصاصي في أمراض السكري الغدد والتدريمة

السكر - التغذية - السمنة - الكوليسترون الإضطرابات الهرمونية - العقم

Berrechid, le 25-01-2023 برشید فی

Aurora, En-Nasr City

$$\begin{array}{r} \cancel{6040} \times 3 = \cancel{1812} \\ \text{ijl Answer 2} \end{array}$$

$$20\frac{1}{80} \times 6 = 124 \text{ fts.} \\ \text{in Sheepridge rd}$$

$$6.80 \times 3 = 20.40$$

~~18,50 x 6 = 4) Iron 20~~

303185-5-1965 (1st de Janv) 251/j
100

S /
Dr. 'Abderrahim El-khamy
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES MÉTABOLIQUES
INP 06111375
BERRECHID

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

العيادة : 0666 352 104 - المحمول : 05 22 328 787



* 061011375*



alipptine monohydraté

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

alipptine monohydraté

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

alipptine monohydraté

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NF

6 118001 160457

alipptine monohydraté

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

20,80

AMAREL 2 MG
CP 830

P.P.V: 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2 MG

CP 830

P.P.V: 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2 MG

CP 830

P.P.V: 60DH40

6 118000 060031

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 02/2024

24

IXOR® 20 mg
28 comprimés effervescents

6 118000 032809

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 09/2024

LOT 260375

IXOR® 20 mg
28 comprimés effervescents

6 118000 032809

alipptine monohydraté

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

786160305

81,20

LOT 221447
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

Glucophage® 500mg

50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

LOT 221447
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

Glucophage® 500mg

50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

LOT 221447
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

Glucophage® 500mg

50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 05/2023

LOT 160482

28

comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 10/2023

LOT 180225

28

comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 05/2024

LOT 250041

28

comprimés effervescents