

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 067489

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1323

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AIT MOUS ALI

Date de naissance :

10/11/1979

Adresse :

49, Lot Auioua, Ben Mencia

Tél. :

0658765930

Total des frais engagés

1489

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Houria OJAWHART
Spécialiste Diabétologie
Endocrinologie - Nutrition
213, Av. Med VI Apt. 12 Guéiz
Marrakech - Tél. : 05 24 43 30 62

Date de consultation :

10/11/2019

Nom et prénom du malade :

AIT MOUS ALI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

DIAB

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

Le :

10/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL
15 FEB 2020
MUPRAS

RELEVÉ 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
10/11/22	Ca	2	252,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	16. Montant de la Facture
	10/11/2022	1140,00
	10/11/22	999,00 D1

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

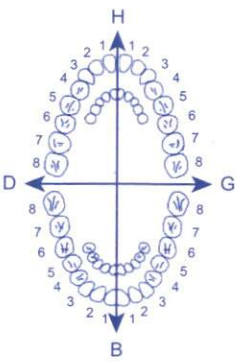
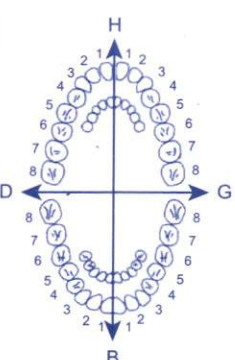
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Houria O. Jawhari
Spécialiste

Diabétologie - Glauques endocrines
Cholestérole - Obésité - Goitre
Impuissances sexuelles - Maladies du sein
Retards de croissance
Nutrition

د. كنورة حورية أ. جوهري

اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية
لسمنة - الكولسترول - الضعف الجنسي
أمراض الثدي - نقصان النمو
التغذية

Marrakech, le :

10/11/19

M. Aït Mous Ali



9x 111,00

Humalgin 1500 (6 mois)

180 le matin / avant
80 le soir / 15.

999,00

Produit Glucosé

1 mois

3000 / 3 mois

Paramedical Essalama

16, Rue Alai Ben Ahmed
Quartier des Hôpitaux
Marrakech - Tél. : 05 24 42 26 87

Pharmacie Marjane Ménara

Ordonnance délivrée le.....
Centre Commercial Marjane Ménara
Marrakech

05 24 31 27 23

Docteur Houria O. JAWHARI
Spécialiste Diabétologie
Endocrinologie - Nutrition
213, Av. Med vt Aptt. 11 Guéliz
Marrakech - Tél. : 05 24 43 36 62


213, شارع محمد الخامس رقم 11, الطابق الثاني - جليز - مراكش (عمارة أخطوط الملكية الجوية المغربية) - الهاتف : ع. 08 08 39 09 65 / 05 24 43 36 62

213, Avenue Mohamed V, Aptt 11, 2ème Etage Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tél C. : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65


IF : 68905120 - ICE : 001629132000026 - INP : 071117063

LOT D478300M.4
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DM

LOT D478300C.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DM



LOT D478300C.8
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DM



LOT D478300M.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DM



PARAMEDICAL ESSALAMA

16 Rue Allal ben ahmed Gueliz

40000 Marrakech

Téléphone: 0524 422 687

Email: essalamamedical@gmail.com

facture 62/2022

10/11/2022

CLIENT: Ait mous ali

Désignation	Qté	P.U	P.TTC
bandellettes diab-control/50	1	140,00	140,00

*Paramedical Essalama
16 Rue Allal Ben Ahmed
Gueliz - 40000 Marrakech
Tél : 05 24 42 68 7*

Total HT	116,67
Total TVA 20%	23,33
Total TTC	140,00

Arrêtée la présente facture à la somme cent quarente Drhs

Capital de 10000 Dirham - R.C.: 61547 - Patente: 45194146
I.F.: 06529472 - C.N.S.S.: 9952260 ICE 000074220000080