

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : 10199334
 Actif Pensionnée Autre : OTMANE
 Nom & Prénom : AJAL OTMANE
 Date de naissance : 1948
 Adresse : 95 Rue Ongouane Apt 5 Hay Rba
 CASA
 Tél. : 0612533331 Total des frais engagés : 1329,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. DIOURI Med Jallil
Neuro-chirurgien
9, Rue Imam Malek Guéliz
Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 FEV 2023

Nom et prénom du malade : TEZRAUI Saarliq Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie de Parkinssan

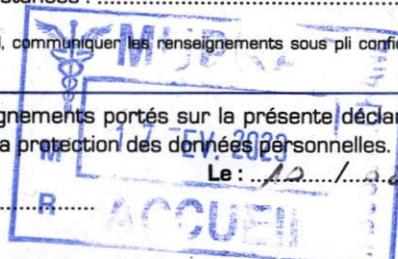
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 10/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
10 FEV 2023	CE		300,00	Dr. DIOURI Med Jall Néuro-chirurgien 9, Rue Imam Mek Guitz Marrakech - Tél : 05 24 42 26 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ARI Alami Sounni S.A.E Docteur en Pharmacie S.A. Annajis Beausejour Tel: 05 22 38 08 10	10/02/23	1079,60

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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 upper teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on each side, with 1 at the midline and 8 at the first molar. A vertical line labeled 'H' at the top represents the midline. A horizontal line labeled 'D' to the left and 'G' to the right represents the dental arch. A horizontal line labeled 'B' at the bottom represents the gingival line. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on each side being the largest and most posterior tooth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed Jalil DIOURI
Neurochirurgien
■ Electro-encéphalogramme
■ Spécialiste des maladies du système nerveux
et de la colonne vertébrale - Microchirurgie
■ Diplômé de la faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور محمد جليل الديوري
■ اختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري
■ التخطيط الكهربائي للدماغ
■ خريج كلية الطب بمونبولي - فرنسا

10/02/2023

Marrakech, le : مراكش في :

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Soumnia Samira
Docteur en pharmacie
13 Rue Annarjis Beausejou
Casablanca Tél. 05 22 39 09 70

TENZALI SAADIA

• Madopar 250 mg

1/2 Comprimé 4 fois par jours pendant 3 mois

126.10 X 3

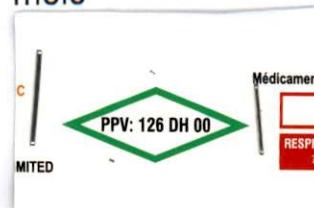
• Cilentra 10 mg

1 Comprimé, matin, pendant , 3 mois

36.10 X 3

• Becidouze

1 Dragée, matin, midi, soir, pendant 1 mois



PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Soumnia Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Annarjis Beausejou
Casablanca Tél. 05 22 39 09 70

Dr. DIOURI
Neuro-chir.
9, Rue Imam
Marrakech - Tél. :

Médicament Autorisé N°: 39

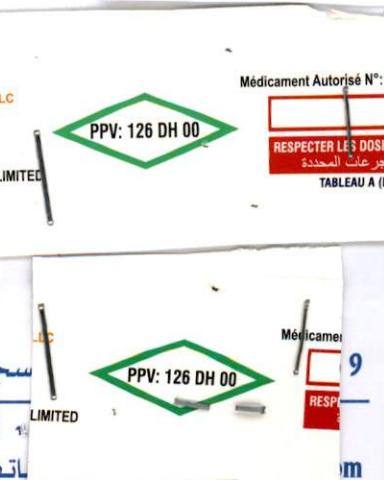
RESPECTER LES DOSES
والجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste

مسجد الطابق الأرضي، رقم 2 (قرب مسجد تركيا) كليرز - مراكش

9, rue Imam Malek, Résidence Al Masjid R.D.C N°2

Urgence : 06 61.16.36.39 المستعجل : هاتف : 05 24.43.26.26 Téléphone : 05 24.43.26.26



BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 28002 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 28002 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 28002 1