

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

- 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.

M22- 0030874

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	MARAY 1373	Société :	RAM 164856
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NARARY ABDELKABIR			
Date de naissance : 1. 1. 1918			
Adresse : 260, DWA, Deroua			
Tél. :	06.33.53.32.01	Total des frais engagés :	1188,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Dilal MOHNIR
Médecin généraliste
الطب العام
نجزة النجاح ٣٩
الطباطبى الأول - المراكش
Lot. Anjajah N° 39 1er Etage - Deroua
05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09
SINPE: 061260600

Date de consultation : **12.01.23**

Nom et prénom du malade : **NARARY JASH** Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : **ALD** Pathologie

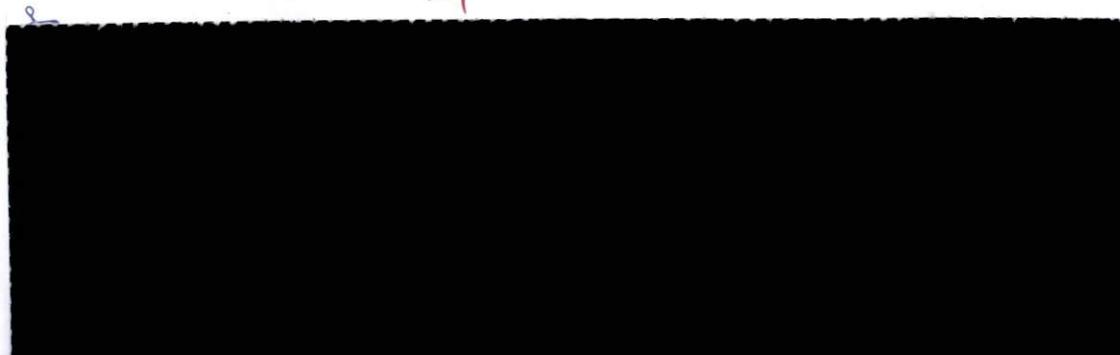
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : 12.01.23 Le : **12.01.23**

Signature de l'adhérent(e) : **14**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MORSLI LOT ONA N°20 DEROUA TEL 05 22 51 51 90 06 51 54 20 88</p> <p>1002104718</p>	12/06/2023	1188,20 DH

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from a front-on perspective. The teeth are arranged in two rows: upper and lower. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, representing specific dental positions or landmarks. The numbers are distributed as follows: the upper row has teeth numbered 1 through 8; the lower row has teeth numbered 8 through 1. The teeth are represented by small circles with a central dot, and the numbers are placed near their respective positions.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

د. ظلال منير

الطب العام

- الفحص بالصدى

- التخطيط الكهربائي للقلب

- تتبع الحمل

- أمراض الضغط الدموي والسكري

- طب الشغل

- شهادة رخصة السيارة

LOT 22045
EXP 01/2024
PPV 144.50DH



- Suivi de grossesse
- HTA - Diabète
- Médecine de travail
- CM du permis de conduire

6 12 06 23

One MARY Sido.

571,00 1) ملهم فلوكاربي FlexPen

40 - 40



437,00 2) تامنوت 50/200 mg

20 x 20

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc
L.A.P.1 007611 Min. Sal. 0.20000

357,00 3) كارديجي 260 mg

20/1

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

144,50
1188,00

4) د. ظلال منير
الطب العام

تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول

Dr. DILAI MOUNIR
Médecine générale

رقم 39 الطابق الأول
تجزئة النجاح
1er Etagé
Perdus
06 33 94 85 09
Lot. Arianah N° 9
05 22 51 47 67 - 06 33 94 85 09
Tél.P. 05 22 51 47 67 - 06 33 94 85 09
05 22 51 47 67 - 06 33 94 85 09
05 22 51 47 67 - 06 33 94 85 09
05 22 51 47 67 - 06 33 94 85 09

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solutioin injectable
5 stylos pré-rempis de 3 ml
P.P.V : 571,00 DHS



تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة