

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

Code réservé à l'adhérent (e) : **12812**

Matricule : **12812** Société : **Royal Air Maroc**

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : **EL ALAMI Fatima**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0662881380** Total des frais engagés : **784,30 dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. NAÏT EL BARJ Mustapha**
Médecine Générale
Av. Yacoub El Mansour, Imm. Berrada II
N° 30, App. N° 4 - Marrakech
Tél : 05 24 45 82 22

Date de consultation : **15/08/2023**

Nom et prénom du malade : **El Alami Fatima** Age : **23**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **oncocomyose des articulations**

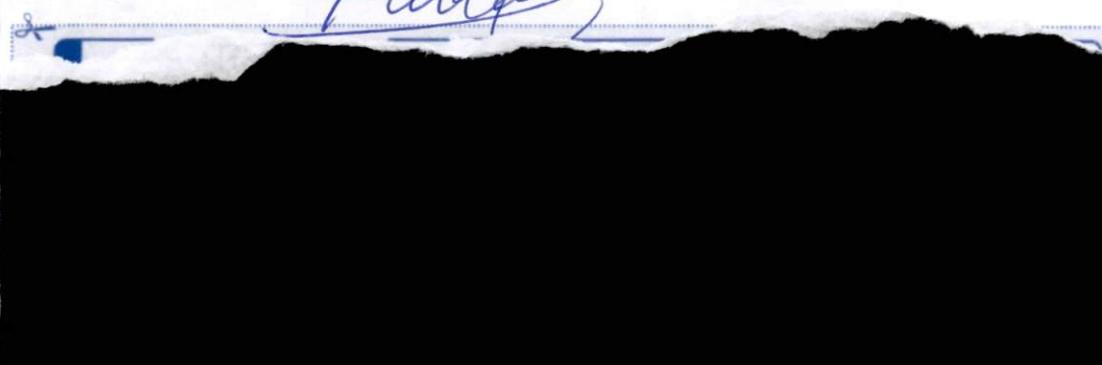
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je déclare que je communiquerai 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 : **15/08/2023**

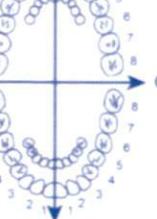
Signature de l'adhérent(e) : **Fatima**



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
15/8/23	C	1	15070	INPE : 71115174 INP : Dr. NATEU PA N.Y. 100-130 15/8/23

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Caract du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRINCIPIALE ROUTE D'AMZAGH, KM 1, BOUZ-Z-MARRAKCH	15/08/23	634, 80
	07.21.13.496	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
1/1/1985 Sarabab Tel. 01 45 56 10			

RELEVE DES SOINS 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																																																																																																																																																													
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																	Nature des Soins <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																	Coefficient <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																													
MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																													
DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																													
FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D			B	00000000	00000000	B			G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																									
		H	25533412	21433552																																																																																																																																																																																																																																																									
		D	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																									
		D																																																																																																																																																																																																																																																											
		B	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																									
		B																																																																																																																																																																																																																																																											
		G	35533411	11433553																																																																																																																																																																																																																																																									
		MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																											
DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																													
DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																																																																																																																																																																																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																																																																																																																																																																													

Dr. NAIT EL BARJ Mustapha

- Médecine Générale
- Echographie Clinique
(Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier (France))
- Médecine du Travail
(Diplômé de la Faculté de Rennes)
- Expert près des Tribunaux
- Agrée près du Ministère des Transports

الدكتور نايت البرج المصطفى

- طب العام
- الشخص بالامواج ما فوق الصوتية
- خريج كلية الطب بمعونبلي (فرنسا)
- طب الشغل
- خريج كلية الطب بربن
- خبير مجلف لدى المحاكم
- موظف لإجراء الفحص الطبي
- للحصول على رخص السياقة

Marrakech, le 15/08/23 مراكش، في

82 Avenue Fethi

$$77,90 \times 6 \\ = 467,40$$

$$32,90 \times 6 \\ = 197,40$$

Nouye 110 gel
1 gel x semain = 06

Op oeil n° 6
1apj le semai poste

NOMYC® 150 mg
4 Gélules

6 118000 071006



صيدلية زرابة الرئيس
HARMACIE ZARABA
PRINCIPALE
ite d'Amizmiz Km 14, Zaraba Tameslouht
Haouz - Marrakech / Tél : 05 24 48 36 10

Dr. NAIT EL BARJ Mustapha
Médecin Généraliste
Av. Yacoub El Mansour, Imm. Berrada II
N° 30 Rez de Chaussé Appt N° 4 - Marrakech
Tél : 05 24 45 32 22



سريع يعقوب بن نصوص، عمارة برادة II رقم 30 الطابق السفلي، رقم 4 - مراكش - الهاتف : 05 24 45 82 22
Bd. Yacoub El Mansour, Imm. Berrada II - N° 30 Rez de Chaussé Appt N° 4 - Marrakech - Tél : 05 24 45 82 22