

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.



Déclaration de Maladie

M23- 0021328

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	8242	Société :	RAM 191362
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		M. GURICHA T MOHAMED	
Date de naissance :		10-06-1965	P.
Adresse :		IRAKIA, Benrechid	
Tél. :	0674.00.79.17	Total des frais engagés : 90800 Dhs Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13 Janv 2024

Nom et prénom du malade :

GURICHA T MOHAMED Age: 58

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

NCR droite

Supra-dentaire

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

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 : Benrechid

Le : 16/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
13 Janv 2024			2000	 Dr. TALIBI Hassan OMNIPRATICIEN 0522.517.574//0663.866.610

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/1994	208,60

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

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top and the horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right. A small arrow at the bottom points downwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste



الدكتور الطالبي حسن
طبيب عام

Du en Rhumatologie (Bordeaux - France)
Du en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)
Du en Diabétologie (Bordeaux - France)
Du en Gériatrie (Bordeaux - France)
Du aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique (Paris - France)
Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

دبلوم في أمراض المغص والمعاصر والعمود الفقري (بوردو - فرنسا)
دبلوم في الجراحة الجلدية (كلية الطب - الرباط)
دبلوم في علاج السكري (بوردو - فرنسا)
دبلوم في علاج طب الأشخاص المسنن (بوردو - فرنسا)
دبلوم في الليزzer الطائي (باريس - فرنسا)

الشهري

13/01/2024

MR GURICHAZ MOHAMED

126.00 x 2

• Cilentra 10 mg - comprimé pelliculé sécable
1/2 CP le matin x 10 Jrs puis 1 CP le matin

70.90

• Profenid 100 mg - comprimé pelliculé
1 comprimé matin et soir après repas x 15

70.70

• Zolam 30 mg - gélule
1 Gélule, le matin avant repas x 14 jours

60.00

• Orapred 20 mg - comprimé effervescents
1 CP matin, soir x 5 Jrs puis 1 CP le matin x

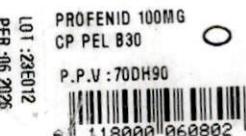
125.00

• GABLONE 75 MG - Gélule
1 gélule le soir x 5 jours puis 2 gélules le soir x 1 mois (1 boîte de 56)

• régime sans SEL obligatoire



Dr. TALIBI Hassan
OMNIPRACTION
0522.517.574/066.866.610



شارع محمد الخامس، زاوية زنقة يعقوب المنصور، عمارة الحاج أحمد برشيد، المدخل "C"، الطابق الأول، شقة 1
برشيد. أرقام الهاتف: 06 63 86 66 10 - 05 20 02 12 04 - 05 22 51 75 74

GTIN: 16118001300300

Lot No: PTD6059A

EXP.: 11/2024

S.N.: V7PJW93U2H



GTIN: 16118001300300

Lot No: PTD6059A

EXP.: 11/2024

S.N.: XCH79W9BE7G



LOT 22003
PER 06/25
PPV 70DH70

LOT 233364
EXP 11 2025
PPV 255.00 DH

60,00