

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <i>9253</i>	Société : <i>R.A.M</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <i>LAABARTA ABDELOUANAD</i>		<i>199501</i>
Date de naissance : <i>06-01-63</i>		
Adresse : <i>Lot Maatallah N° 1462 M'hamed Marrakech</i>		
Tél. : <i>06 78 44 016</i>		Total des frais engagés : <i>331,20</i> Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<i>29 Janv 2024</i>
Nom et prénom du malade :	<i>LAABARTA SOUFIANE</i>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<i>Bondite</i>
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : *Marrakech* Le : *03/01/2024*
 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
29 Janv 2024		CA	150,00 DHS	DR OUMAR DIB SIDIKA DOCTEUR DENTISTE CLINIQUE GENERALE OTISSEMENT MHAMID MADJALLAH TEL: 05 24 77 77 77 INPIE 1260939

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>INPE: 072051279 PHARMACIE AL IMANE Lot. Maatalla, 1592 Mhamid Marrakech - Tél: 05 24 37 26 01 ICE : 001824280000036 - 78475 4 61804551 - IF : 20719747</p>	29/01/2024	181,20

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Oumaima EZHARI
MEDECINE GENERALE

Echographie - Gynécologie - Suivi De Grossesse
Suivi du Diabète Et D'hypertension Artérielle
Électrocardiogramme

Diplôme Universitaire En Diabétologie Et Nutrition
"Université Bordeaux France"

Diplôme Universitaire En Gynécologie Et Suivi De Grossesse
"Université Bordeaux France"



الدكتورة أميمة الزهاري
الطب العام

الفحص بالصدى أمرachen النساء تتبع الحمل
تتبع أمراض السكري و ضغط الدم
التخطيط الكهربائي القلب

دبلوم جامعي في طب السكري والتغذية
جامعة بوردو فرنسا

دبلوم جامعي في طب النساء و تتبع الحمل
جامعة بوردو فرنسا

ORDONNANCE

Dr. OUMAIMA EZHARI
الدكتورة أميمة الزهاري
MEDECINE GENERALE
CENTRE DE SOINS ET DE SEJOUR
MAATALLAH N° 100
MHAMID, MARRAKECH
TEL: 05 24 37 03 74 - GSM: 06 78 77 16 99
55,00

(1) Amoxil 1g qd =

04 - 0 - 01

SV

(Après Repas
x 06j)

16,00

(2) Doliprane 500mg qd =

04 4 / 04 h

SV

(à faire au
Dame)

76,00

(3) ProFLUX 500mg qd =

04 - 0 - 01

SV

(Après
x Repas)

37,00

(4) Neopred 20mg qd =

04 - 0 - 0

SV

(en une seule
prise EZHARI)

total: 181,00

PHARMACIE AL IMANE
Lot. Maatallah 1592 Mhamid
Marrakech Tél : 05 24 37 26 01
ICE : 001825280000036 - 78475
TP : 6465555 - IP : 120719797

1100 تجزئة معطى الله الطابق السفلي المحامي مراكش

Tél : 05 24 37 03 74 / GSM : 06 78 77 78 09

N°1100, Lot Maatallah, Rez de chaussée, Mhamid - Marrakech

ICE : 002802337000005 / IP : 50175459 / INP : 37104438 / INPE : 071260939

Dr. OUMAIMA EZHARI
الدكتورة أميمة الزهاري
MEDECINE GENERALE
CENTRE DE SOINS ET DE SEJOUR
MAATALLAH N° 100
MHAMID, MARRAKECH
TEL: 05 24 37 03 74 - GSM: 06 78 77 16 99
071260939

PROFLOX*
Ciprofloxacine 200 mg
Boîte de 10 comprimés

P.P.V. : 74,80 DH



6 118000 191056

Doliprane* 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

AMM N° : 280/19DMP/21/NP



6 118000 191919

