

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre : RAM
 Nom & Prénom : MARAY. Abdellah
 Date de naissance : 1950
 Adresse : ANNA 250 Dossi
 Tél. : 06 33 53 3001 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/04/2024

Nom et prénom du malade : Maray. Abdellah Age : 73 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dom, in Fakr

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 : 06/04/2024 Le : 10/04/24

Signature de l'adhérent(e) : Maray. Abdellah



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
06/04/2024	CS		250 DT	Dr. Smaïl Médecin généraliste Lot Chabib 1 N° 102 Derafch Fix: 05 22 03 45 18 / Tel: 06 75 58 58 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOT 0104112024 TEL 06 22 51 51 90 Gsm. 06 57 54 20 88	06/04/2024	700,00 DH

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROSTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The circles are numbered with integers from 1 to 8, with some numbers appearing multiple times. The grid is bounded by arrows pointing to the top, bottom, left, and right edges. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 2: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 3: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 4: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 5: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 6: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 7: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 8: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 9: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 10: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

The grid is bounded by arrows pointing to the top, bottom, left, and right edges. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 2: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 3: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 4: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 5: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 6: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 7: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 8: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 9: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 10: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

	L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Smail Malki

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور سmail المalki

طبيب عام

خريج كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

DEROUA, le : 06 AVR. 2024

Dr. Smail MALKI

Médecin généraliste

Lot Chabab 1 N 102 - Deroua

Fix:05 22 03 43 28 / Tel:06 07 58 58 57

A3 de phobie MARARY

2 x 104,70
PHARMACIE MORSLE 209,40
LOT 01A N°20 DEROUA
TEL 05 22 51 51 90
Gsm. 06 57 64 20 88
152,50

144,50

193,60

700,00

1/ TRICEF 10

1g x 2

JAL 12 x 50

TXL x 75

Fosfaz 500

90 x

Fosf 500

75 x

Dr. Smail MALKI
Médecin généraliste
Lot Chabab 1 N 102 - Deroua
Fix:05 22 03 43 28 / Tel:06 07 58 58 57

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1,N°102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

LOT 22005
PER 05/25
PPV 152 DH 50

114,70

LOT 220445
EXP 01/2024
PPV 144.50 DH

72053189/00-1
AWA/394/17/2024/11/2024
6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSSE
P.P.V: 193,60 DH

104,70