

## 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 |

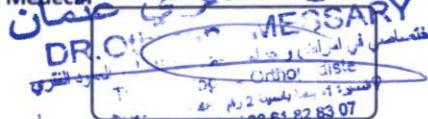
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

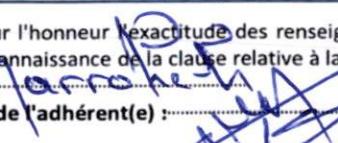
N° W21-693288

147176 cor

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	3432	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ALLA ABDELHAD			
Date de naissance : 15-11-1953			
Adresse : 591 A 7 Hassira III			
Téléphone :	066153857	Total des frais engagés :	383,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
DR.C. 	
Cachet du médecin :	Date de consultation : 26/12/2022
Nom et prénom du malade : NIAR MALIKA Age: 62	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Lombosciatalgie	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie	
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  
Signature de l'adhérent(e) :   
Le : 26/12/22

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
24/12/22	C		250 DHS لدران	INP : 19910005449 Dr. M. A. S. RY Dr. M. A. S. RY المدح على المدح 06 61 82 83 97

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/22	133,->
	N° INPE : 072047699	
	N° INPE : 072047699	

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# CENTRE DE TRAUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE EL MASSIRA

مركز علاج وجراحة العظام والمفاصل المسيرة

Dr. Othmane MESSARY

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique  
Traumatologique

- Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris France et de Casablanca.
- Ex. Chirurgien des hôpitaux de Paris



الدكتور المسرى عثمان

اختصاصي في علاج وجراحة أمراض  
العظام والمفاصل

• خريج كلية الطب بباريس فرنسا  
وكليّة الطب - الدار البيضاء

• طبيب جراح سابق بمستشفيات باريس

Marrakech, le :

le 26/01/2022

Agm NIAR MAIKA

133,00

1)

ARLOXIA 90 mg



1 Cpl. ٢٠٢٢



الدكتور المسرى عثمان

DR. Othmane MESSARY

لله حسبي في امر من واجهة المختاري المتاحيل ر المرصد التقري

Traumatologue Orthopédiste

45 rue de France 487 Marrakech - Maroc

05 24 34 15 63 / 06 61 82 83 07

Cabinet

المسيرة 1د إقامة ياسمينة 2 رقم 487 الطابق 1 الشقة 2 - مراكش

Massira 1D Résidence Yassmina 2, N° 487 Appt 2 1ère Etage Marrakech

Tél. : +212 0524 341 563 - 0661 828 307 - 0662 343 684

E-mail : messaryothmane8@gmail.com



# NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Othmane MESSARY

A l'honneur de présenter ses compliments à

M<sup>me</sup> : NIAR MALIKA .....

Et lui adresser selon l'usage sa note d'honoraires.

Consultation

Soit la somme de :

250 Dhs

(Deux Cent Cinquante dinhams)

Marrakech le : 24/12/2022

الدكتور المسايري عثمان  
DR.Othmane MESSARY  
مختبر المسايري  
Dr. Othmane MESSARY  
0524341053 / 00 61 82 83 07  
Cabinet