

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

- 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.

M23-003807

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 830 Marzouki Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : 830 Marzouki Jemaa

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Hay Abbashi B.ribat Rue Nehmeh N° 166
Témara

Tél. : 0638 122866 Total des frais engagés : 901,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Hind NAFIAA
Professeur Assistant
en Psychiatrie
Hôpital Arrazi, CHU - Salé
INPE : 101245371

Date de consultation : 10/04/2023

Nom et prénom du malade : Marzouki Jemaa Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Trouble neuro psychiatrique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Th de l'hiver

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 : Témara

Le : 12/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/4/23 | 02 | | 100,00 | Pr. Hind NA Professeur Assistant en Psychiatrie Hôpital Alzahr CHU - Salé INPE : 101245371 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ABI HOURAIRA دكستور على زجل الهاتف: 05 37 64 14 58 INPE : 102 062 601 | 10/04/2013 | 201,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| ARMACIE ABI HOURAIRA دكستور على زجل الهاتف: 05 37 64 14 58 INPE : 102 062 601 | 10/04/23 | | 601,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | |
| | D | 00000000 00000000 | 00000000 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | |
| | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | |
| | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |

المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Hôpital Ar-Razi



٢٠٢٤-١٠-٢٥
١٠:٣٠

٢٠٢٤-١٠-٢٦
١٠:٣٠

Nom: ... Marrouki

N°: ... 20000...

10/04/2023

NOT: 410
PER: OCT 2024
PPV: 201 NH 00

901,00

ORDONNANCE

- No - dep 50 mg CP

0 ————— 0 ————— 1

400,00

2 - Actocept 10 mg CP

0 ————— 0 ————— 1

5 601,00

PHARMACIE ABIBOURAIRA
05 37 64 14 98
INPE: 102 062 601

Pr. Hind NAFIAA
Professeur Assistant
en Psychiatrie
Hôpital ARAZI, CHU Salé
INPE: 10124531

N.B Cette ordonnance n'est valable que si elle porte le nom et la signature du médecin
Traitement de 02 mois RDV le 15/06/2023
à 09h00

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
C.H.U. de Rabat - Salé

Nº 285719

Etablissement :

Reçu de M :

La Somme de :

| Nature de la Recette | Ex | Somme |
|----------------------|----|--------|
| | | 100, - |
| | | 100, - |
| Total | | 100, - |

