

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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]  
**10093**

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

**TENZA API Youness**

Date de naissance :

**07-11-70**

Adresse :

**48 Résidence Dakhla de Marrakech**

Tél. :

**0661552756**

Total des frais engagés :

**4571**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**07/03/2014**

Nom et prénom du malade :

**YOUSSEF TENZA API Youness**

Age :

**53 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

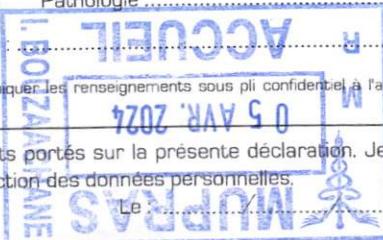
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent[e] :



### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07.03.2024      | U                 | 200                   |                                 | <i>Dr. EL YACOUBI Abdellatif<br/>Spécialiste O.R.L.<br/>Av. Allal El Fassi - Complexe Al Aïmbas,<br/>Bab Agnaouy - Marrakech<br/>Tél: 05 24 33 07 87 - INPE: 07 20 59 05 2</i> |

### EXECUTION DES ORDONNANCES MAC PALACIO

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Détails de l'ordonnance  |
|--|------------|--|
| <i>Signature</i>                       | 07.03.2024 | <p>183, Rue Mohammed El Saïd Marrakech<br/>Tél : +212 0661.65.30.49</p> <p>S 207 MAR 2024</p> <p>ICE : 000523.542.0000.63<br/>INPE : 07.20.59.05.2</p> |

### ANALYSES - RADIographies

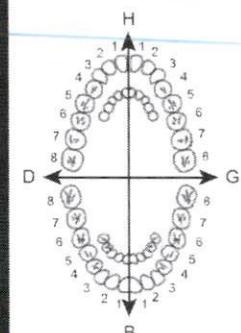
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

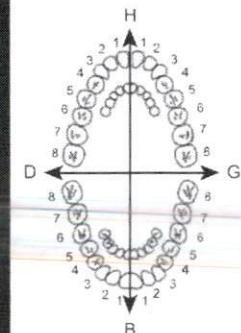
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

|  |                        |
|--|------------------------|
| [Création, remont, adjonction]                         | Montant des Honoraires |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                        |
|  |                        |
|  |                        |
|  |                        |
|  |                        |
|  |                        |
|  |                        |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

LOT L1238 PER 10/25  
 عدد الجرعة 44.70 DH  
SES PAR JOUR  
DI SOIR

LOT : HN7987  
PER : 11 2026  
PEV : 22 70

...PHARMACIE PALACIO...  
+212(0)524-42-24-52  
183,RUE MOHAMED EL BAKAL  
Tel :024422452 Marrakech

07/03/2024 12:13

|                                 |        |
|---------------------------------|--------|
| 1 AEROMAX 100µG NASAL.200 DOSES | 190.00 |
| 1 BAYCUTENE CR. DERM.           | 22.70  |
| 1 DAZEN COMPS/40                | 44.70  |

|         |        |
|---------|--------|
| TVA :   | 13.91  |
| TOTAL : | 257.40 |



**Docteur El Yacoubi Abdelaziz**

Spécialiste O.R.L.  
Oreilles, Nez, Gorge

diplômé d'état de la Faculté de Médecine de Paris



**الدكتور اليعقوبي عبد العزيز**

اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن  
والأذن والحنجرة  
خريج كلية الطب بباريس

Marrakech, le : ..... مراكش، في : .....

**Mr TENZALI Youness**

**1 AEOROMAX NASAL**

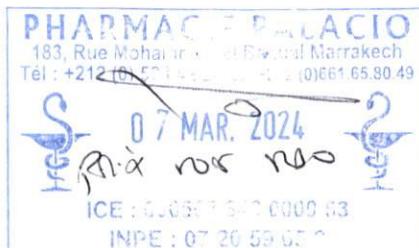
Faire 2 pulvérisations le matin, pendant 30 jours.

**2 DASEN CP**

Prendre 2 comprimés le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

**3 BAYCUTANE CREME**

Faire 1 application au coucher, pendant 1 mois.



**Dr EL YACOUBI Abdelaziz**



Rendez-vous le : .....

المركب المعماري والتجاري الأحباب - مدخل رقم 6 - عبادة رقم 3 «شارع علال الفاسي الداوديات - مراكش  
Complex Commercia AL Ahbas , n° 6 / 3 Av. Allal El Fassi Daoudiate - Marrakech  
E-mail : azyacorl@yahoo.fr - Tél/Fax : 05 24 33 07 87: الهاتف / الفاكس