

# 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° W19-527724

ND: 31856

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <b>10023</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	<b>TENZALI YOUNES</b>
Nom & Prénom : <b>TENZALI YOUNES</b>		Date de naissance : <b>07-11-72</b>	
Adresse :			
Tél. : <b>0661552256</b>		Total des frais engagés : <b>423/581</b>	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<b>Dr. Brahim BOUZBOUNE</b> Neurochirurgien Électroencéphalographie Traitement de la Douleur Bd Yacoub EL Mansour Imm Ahadi "A" N°28, Marrakech Tél : 05 81 16 69 74 - E-mail : dr.bouzoune@gmail.com	
Date de consultation : <b>09/01/2010</b>	Age : <b>10</b>
Nom et prénom du malade : <b>Tenz Ali</b>	
Lien de parenté : <b>Enfant</b>	
Nature de la maladie : <b>Neurochirurgien</b>	
En cas d'accident, préciser les causes et circonstances : <b>Electroencéphalographie</b>	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **06/01/2010** Le : **06/01/2010**

Signature de l'adhérent(e) : **Dr. Brahim BOUZBOUNE**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>VOLET ADHERENT</b>	
Déclaration de maladie	N° W19-527724
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : ..... Nom de l'adhérent(e) : ..... Total des frais engagés : .....	

## 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
24/09/2018	SV	SV	GP	 <b>Dr. Bouboune</b> Neurochirurgien Electroencephalogramme Traitement de la douleur EL Mansour Imm Allam - 659 74 - E-mail: dr.bouboune@gmail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE IRFANE</b> 10 Avenue Hassan II 40000 Marrakech Tél: 0524 82 36	22.02.20 29/02/20	429,60 58,40

~~PHARMACIE NAKHIL~~

Imam Nakhil Av Yacoub EL Mansour  
Cachet et signature 05 24 44 71 35  
Marrakech - Ref. 05 24 44 71 35  
Laboratoire et du Radiologue

## IOGRAPHIES

Impr Nakhl AV Yacoub EL MANSOUR Cachet et signature 05-24-44 7135 Marrakech - Fe	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire et du Radiologue			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

PPV: 22DH20  
PER: 06/21  
LOT: I1518

PPV: 22DH20  
PER: 06/21  
LOT: I1518

PPV 22DH20  
PER 10/21  
LOT I-BP

E  
RAKECH

مصحة  
مراكش

Marrakech, le: 22/2/2020

203

22,00 ₣/ɒ

Mr Tenzali Younes

① Codeliprane

1 - 1 - 1 (1)

x 1

37,00

② Myolaxal

1 p 650 in

x 1

61,10

③

Roxor 1 p 650 in

Domic 15

PPV 61DH50  
PER 02/22  
LOT: I481

PPV: 61DH50  
PER: 11/22  
LOT: I2542

75,10

④

Xor 1 p 650 in

Epyca 75

N°2967 (2)

Ball

22/02/2020

52,80

⑤

oedex 1 p 650 in

oedex 1 p 650 in

1 - 0 - 1 (1)

x 1

x 15

L

429,60

⑥

oedex 1 p 650 in

oedex 1 p 650 in

x 15

(PPV: 75DH10)

Dr. Brahim BOUZBOUN  
Neurochirurgien  
INPE: 071168280  
N°01 RUE  
SA 30 82 86  
Marrakech  
PHARMACEUTICAL  
AL IRFANE  
مصحة  
مراكش

CLINIQUE  
LE MARRAKECH

Quartier Masmoudi, Targa Zdaghia 40000 - Marrakech - Maroc

05 24 39 65 65 05 24 39 65 66

Consultation et prises de rendez-vous : 05 24 39 65 60

\* Urgences 24/24 : 05 24 39 65 00

IF : 15186202 - TP : 46223231 - CNSS : 4711827 - ICE : 001685287000046

www.cliniquemarrakech.ma

حي المصودي ، تزقة الازداغية 40000 - مراكش - المغرب

05 24 39 65 65 05 24 39 65 66

الخصوصيات والمواعيد : 05 24 39 65 60

المستلمون : 05 24 39 65 00 : 24/24 \*

LOT 181762  
EXP 08/2021  
PPV 52.80DH

Dr. Brahim Bouzoune

Neurochirurgien

Electroencéphalographie

Traitemet de la douleur

Expert Assermenté auprè des Tribunaux

sanofi

الدكتور إبراهيم بوزبون

جراحة الدماغ والأعصاب والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

علاج الألم

خبير محلف لدى المحاكم

58,40

Marrakech, le ٢٣/١٢/٢٠٠٥

مراكش، في:

Solupzed® 20mg

٢٠ mg

٥٨٤٠

٤٧١١ × ٥٣

Tenges ٢٠ mg  
٢٠ mg

- A ٥٥.  
- ↓ Glucose.

PHARMACIE NAKHLI  
Bd Yacoub El Mansour  
Marrakech Tél. 05 24 47 135

Dr. Brahim BOUZBOUNE  
Neurochirurgien  
Traitement de la douleur  
Bd Yacoub El Mansour Imm Ahlam "A" N°28 - Marrakech  
Tél : 06 61 69 74 - E-mail : dr.bouzoune@gmail.com

ملقى شارع يعقوب المنصور والمركز الأمريكي عمارة أحلام أ - رقم 28 الطابق السفلي - مراكش - المغارة

Angle Bd Yacoub & Centre Americain Imm. Ahlam A, N° 28 Rez de chaussée Marrakech - Ménara

البريد الإلكتروني : E-mail : dr.bouzoune@gmail.com - المستعجلات : 06 61 16 69 74 - الهاتف / الفاكس : 05 24 43 02 43