

# 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.

ND: 31857

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 10023		RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : T ENZA Pi youngs			
Date de naissance : 07-11-70			
Adresse :			
Tél. : 0661552716		Total des frais engagés : 186,90 + 20	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<b>DR. ABDELMOUNAIM ABOUSSAD</b> Pédiatre Bd Abdelkrim Khattabi Imm. Roukaya N°A1 Gueliz - Marrakech Tel : (+212) 5 24 43 62 22 ICE : 001624160000022	
Date de consultation : 01/07/2020	Age: 1 an
Nom et prénom du malade : TENGALI adam	
Lien de parenté : Une mère	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Maladie chronique	
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'at/ médecin conseil de la Mutuelle.	

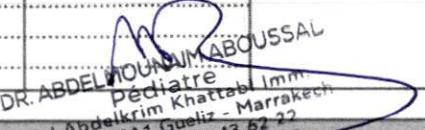
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-527726	
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
01/07/2020	JCS		250,00	INP : 071083463
 <p>DR. ABDELKRAM KHATTAB LIMMOUM pédiatre Rue Abdellatif Ben Gueliz - 40000 Marrakech Tél : 00212 524 22 62 22</p>				

### EXECUTION DES SOINS AVANÇÉS

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AOUAL RICHARD Meriem Dentiste en Pharmacie 180 Av. Abdellatif El Khatib Marrakech Tél : 044 44 83 51	01/07/2020	186,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

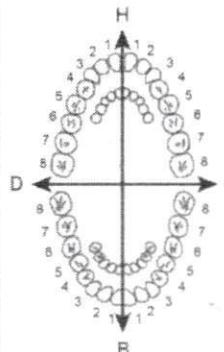
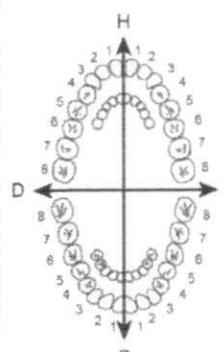
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 : [ ]												
				Coefficient des travaux [ ]												
				Montants des soins [ ]												
				Début d'exécution [ ]												
				Fin d'exécution [ ]												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux [ ]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Montants des soins [ ]												
				Date du devis [ ]												
				Date de l'exécution [ ]												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# **Dr. Abdelmounaim Aboussad**

**Pédiatre et Cardiologue pédiatre**

Ex Professeur des Facultés de Médecine  
de Casablanca et Marrakech

Ex. Chef de service au CHU Mohammed VI,

Ex. Médecin au CHU Vaudois, Lausanne, Suisse

Diplômé en Cardiologie pédiatrique, université

René Descartes de Paris



**الدكتور عبد المنعم أبو السعد**

اختصاصي في طب الأطفال وأمراض القلب عند الطفل

بروفسور سابقًا بكلية الطب بالدار البيضاء

ومراكش والمستشفى الجامعي ابن رشد

ومحمد السادس

طبيب سابق بلوزان بسويسرا

دبلوم السادس أمراء الطفل . باريس

**01.07.2020**

**Nom : Enfant TENZALI ADAM**

Age : 4 ans 9 mois

Poids : 19,00 Kg

186,90

- Havrix x 1

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 186,90 DH  
ID : 644409  
6 118001 140619

DR. ABDELMOUNAIM ABOUSSAD  
Pédiatre  
Bd Abdelkrim Khattabi Imm.  
Roukaya N°A1 Gueliz - Marrakech  
Tel : (+212) 5 24 43 62 22  
ICE : 001624160000022

Adresse : Boulevard Abdelkrim Khattabi, Immeuble Rokaya N°A1 Guéliz - Marrakech  
Tél.: 05 24 43 62 22 - Email : [pediatr.emarrakech@gmail.com](mailto:pediatr.emarrakech@gmail.com) - ICE : 001624160000022  
شارع عبد الكريم الخطابي إقامة رقم 1 قرب صيدلية أنوال جليز - مراكش  
Consultation sur rendez-vous - INP : 071083463