

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-467116

15970

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9416	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Ighiouer Yasmine	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661976122	Total des frais engagés : 398,40 DA	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	02/12/19
Nom et prénom du malade :	Ighiouer Yasmine
Age :	14 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	MUPRAS Cardiote
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 09 JAN, 2020
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 :	RAM
Signature de l'adhérent(e) :	
Le :	02/12/19



## **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
03/12/19	CS		G	INP : 031026216
04/12/19	CS		G	DR. EL HATTAB Caron DMD

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02.12.15	KP.AMC	199, -20
	06.12.15	KP.AMC	199, -20

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Tél: 05 24 35 00 35	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

VOLET ADHÉRENT

\* 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 canalaire, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire  
**Mohammed VI**  
Marrakech  
Hôpital AR-RAZI



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الإستشفائي الجامعي  
**محمد السادس**  
مراكش  
مستشفى الرازي

## ORDONNANCE

Date: 04/12/19

B.O. A-F/ N° 058306

Nom & Prénom : Djaliloune Yasmine

*Dr. EL HATTADUI Mustapha*  
Cardiologue.  
Professeur

CHU Mohammed VI Marrakech

VS - CRP

*Dr. EL HATTADUI Mustapha*  
Cardiologue.  
Professeur

CHU Mohammed VI Marrakech

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

*« TENSIFT »*  
Dr. ZEBOULN Abdellah  
Quartier Mellah El Ghoul  
Route de Ksar Marrakech  
Tél: 05 24 44 65 05 - Fax: 05 24 43 89 28

Signature et cachet du médecin

ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire  
**Mohammed VI**  
Marrakech  
Hôpital AR-RAZI



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الإستشفائي الجامعي  
**محمد السادس**  
مراكش  
مستشفى الراري

## ORDONNANCE

Date: .....

B.O. A-F/ N° **058307**

Nom & Prénom : .....

*02/12/11q*

*Tghiouir Yamné*

*VS - CRP*

*Dr. EL HATTAB Moustapha  
Cardiologue  
Professeur  
CHU Marrakech*

*LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Zouhair Abdellah  
Oujda Route de Tafraoute Choul  
Tel: 05 24 44 61 05 - Fax: 05 24 43 89 28*

*Signature et cachet du médecin*

# LABORATOIRE TENSIFT

D'analyses médicales



Dr. Abdellah ZRIOUIL

Pharmacien biologiste

INP : 073002222 CES de biologie Faculté de Médecine Paris V

• D.E.R de Pharmacie Paris VI

• Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

مختبر  
تنيسيفت  
للتحاليلات الطبية

الدكتور عبد الله زريويل

صيدلي إحيائي

شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس 7

جامعة الصيدلة بباريس 7

ملحق سارقا به مستشفى باريس

FACTURE N°:138490054

MARRAKECH LE : 02/12/2019

Nom et Prénom : IGHIOUER Yassine

Prescripteur :

Référence : 021219 054

BILAN :

VS      B 30      + CRP    B 100      +

MONTANT NET : 199,20 DHS Soit 130 B

Cent quatre-vingt dix neuf Dh et vingt cts

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
« TENSIFT »  
Dr. ZRIOUIL Abdellah  
Quartier Militaire El Ghoul  
Route de Targa Marrakech  
Tél: 05 24 44 68 05 - 05 24 43 89 28

# LABORATOIRE TENSIFT

D'analyses médicales



لابوراتواري  
الطبية لات الطبية  
لتحاليل

**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

دكتور عبد الله زريويل

صيدلي إحيائي

شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس ٧

جامعة الصيدلة باريس ٦

ملحق سابق بمستشفيات باريس

**Monsieur IGHIOUER Yassine**

Dossier No 0212 054 du 02/12/2019 à 12h43

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Prescrit par le Docteur

Date de naissance : 01/09/2005

Résultats complets

Page : 1 / 1

## HEMATOLOGIE

### VITESSE DE SEDIMENTATION

Après une heure.....	9	mm	(N : 2 à 10)	20/11/19 : 11
Après deux heures.....	19	mm	(N : 8 à 20)	20/11/19 : 23

## BIOCHIMIE

PROTEINE C REACTIVE..... (Dosage réalisé en turbidimétrie)	18	mg/l	(N : 0 à 5)	20/11/19 : 4
---	----	------	-------------	--------------

Dr. ZRIOUIL Abdellah  
Laboratoire D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. ZRIOUIL Abdellah  
Quartier EL Ghoul - Route de Targa Marrakech  
Route de Targa Marrakech - El Ghoul  
Tel. 05 24 44 68 05 - Fax: 05 24 43 89 28

# LABORATOIRE TENSIFT

D'analyses médicales



Dr. Abdellah ZRIOUIL

Pharmacien biologiste

INP : 073002222 CES de biologie Faculté de Médecine Paris V

DEP : DÉPARTEMENT DE PHARMACIE Paris VI

Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

مختبر  
تنيسيفت  
للتحاليل الطبية

الدكتور عبد الله زريويل

صيدلي إحيائي

شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس 7

جامعة الصيدلة بباريس 7

ملحق سارقا به مستشفى باريس

FACTURE N°:138510060

MARRAKECH LE : 04/12/2019

Nom et Prénom : IGHIOUER Yassine

Prescripteur :

Référence : 041219 060

BILAN :

VS B 30 + CRP B 100 +

MONTANT NET : 199,20 DHS Soit 130 B

Cent quatre-vingt dix neuf Dh et vingt cts



**LABORATOIRE  
TENSIFT**  
D'analyses médicales



**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

**الدكتور عبد الله زريويل**

يدرس ادبياتي

شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس 7

جامعة الصيدلة بباريس 6

ملحق سابق بمستشفيات باريس

**Monsieur IGHIOUER Yassine**

Page : 1 / 1

Dossier No 0412 060 du 04/12/2019 à 12h00

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Prescrit par le Docteur

Date de naissance : 01/09/2005

Résultats complets

**HEMATOLOGIE**

**VITESSE DE SEDIMENTATION**

Après une heure.....	19	mm	(N : 2 à 10)	02/12/19 : 9
Après deux heures.....	38	mm	(N : 8 à 20)	02/12/19 : 19

**BIOCHIMIE**

PROTEINE C REACTIVE.....	66	mg/l	(N : 0 à 5)	02/12/19 : 18
(Dosage réalisé en turbidimétrie)				

Dr. Abdellah ZRIOUIL  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Tensift - Marrakech  
Tél: 0524 44 68 05 - 06 61 76 22 97  
Fax: 0524 43 89 28