

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Souscriptions 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.

## Pathologie 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation            | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge        | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Recouvrement de statut | : adhesion@mupras.com |



## Déclaration de Maladie

N° M21- 071362

Optique 9446  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

FERIATI abdelkadi

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : lot YABROUCA 99 Route Asni - Marrakech

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HICHAM AMINA Age: 57

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

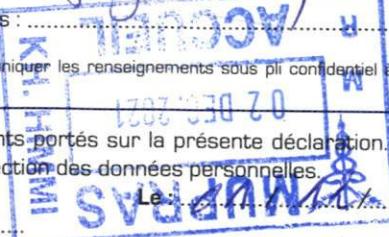
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Dabat

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
01/11/2021	us		6000000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2021	214170

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 radiologique.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTACHED



مصحة المطار  
CLINIQUE L'AEROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات  
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

**Dr. Hiham OULD BAALLAL**  
Anesthésiste - Réanimateur  
Clinique L'Aéroport - Marrakech

Mme AMINA

SKRIT

01 - 10.2021

1) relax or 34,5 mg 2P

01 - 00 - 01

28/50  
21  
Tensta 2,5 mg P à l'heure d'intervalle

1/2 - 1/2 - 01

3) supridal 50mg gélule

01 gélule matin

63,20 01 gélule soir à 12h00 d'intervalle.

4) bylec 10ml

5) stilmox 112 ml

394 AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT) MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 08 - Maternité : 05 24 36 86 04 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 24 80 08 89 Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC 830 O  
LOT : 21E003  
P.P.V : 29DH50  
  
6 118000 011576

63,20

زيرتك™ 10 مانغ  
فيتامين د3 لدوره برات



في صرة ملمسة قابلة للكسر  
15



Zyrtec® 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158



6 118000 061823  
28 comprimés  
STILNOX® CR 12,5 mg

des enfants

Tenir hors de la portée et de la vue

utilisation

Lire attentivement la notice avant

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - TABLEAU A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Stilnox® CR 12,5 mg

STILNOX® CR 12,5 mg

do TTV

2

Pharmacie Hay Mabrouka  
Aodelghani ENNABIL  
Lot. Mabrouka, Imm. 1 Magasin 1  
Jbel Guéliz - Marrakech - Tel: 024 44 31 77

Date :

*Khalid Amine* FACTURE N°0009055

Doit :

	DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
	St. Phenix 12,8	1	12,200	12,200
	zuritec 60	1	63,20	63,20
	temofla 2,5	1	29,150	29,15

Réglé par :

*Pouy E.S.M.*

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Bon de Commande n°

Bon de Livraison n°

Bon de Devis n°

TOTAL H.T.

214,90

T.V.A.....%

T.T.C.