

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

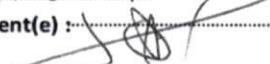
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 3120 | Société : RAM 106077 | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : EL AYANI ISMAÏL RACHID | | | |
| Date de naissance : 08 juillet 1955 | | | |
| Adresse : 170, GRAPPE 3, AMEUKIS MARRAKECH | | | |
| Tél. : 06 61 18 71 45 Total des frais engagés | | | |
| DR SOUKRATI en Cardiologie et maladies vasculaires | | | |
| Résidence Mohamed Marouane 61/49 Bd de la Palestine N° 2 (au dessus de Dar el fakya) Daoudiat Marrakech Tél: 05 25 00 12 78 Urgence: 06 66 47 43 69 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 03/11/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : El Ayani Ismaïl Rachid Age: | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : HTA | | | |
| 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 : 10/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 04/10/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 3/11/2022 | consulte cour | 1 | 100 | INF : 11/11/2022 |
| | | | | DR SOUFIEN |
| | | | | Spécialiste en Cardiologie et les maladies vasculaires |
| | | | | Centre Mohamed Marrakchi Palestine N° 2 (au dessus de l'Agoudzit Marrakech Téléphone: 0524 8666474 369 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 31/01/2022 | 1910,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 de l'ODDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SOUKRAT Safia

Ancienne interne du CHU Med VI

Ancienne interne de l'hôpital

militaire Avicenne



د. سكريات صافية

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي

محمد السادس

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري

ابن سينا بمراكش

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بمراكش

خريجة كلية الطب ببوردو-فرنسا

الفحص بالصدى الصوتي للقلب والشرايين

قياس الضغط الدموي و تسجيل دقات

القلب على المدى الطويل

تخطيط المعد

Le

3/12/2022

ordonnance

Dr SOUKRAT
Spécialiste en Cardiologie et maladies
vasculaires

Résidence Mohamed Marouane N°2 (au dessus de
Dar el fakya) Daoudiat Marrakech
Tel: 0525001278 Urgence: 0666474369

Jamel Rehli

SR

SV

Exforge HCT

10/160/28mg

1481.

pet 3m



6118001030903
EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030903
EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH

Dr SOUKRAT SAFIA
Spécialiste en Cardiologie et maladies
vasculaires
Résidence Mohamed Marouane N°2 (au dessus de
Dar el fakya) Daoudiat Marrakech
Tel: 0525001278 Urgence: 0666474369



6118001030903
EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030903
EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH

Tél: 0525001278 Urgence: 0666

gmail.com

Adresse: Résidence Mohamed Marouane 51/49 Bd de la Palestine
N15° (au dessus de Dar el fakya) Daoudiat Marrakech

اقامة محمد مروان شارع فلسطين رقم 15 (فوق دار الفاكية و امام متجر الجميزة) الداوديات مراكش