

# 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

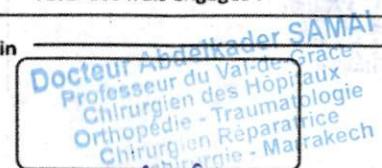
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	4748	Société :	ND 2662
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DOUTABAâ CHAKIB			
Date de naissance :	30-04-56		
Adresse :	LOT NF 851 IMM 9 APP 4 Marrakech		
Tél. :	0664170568	Total des frais engagés :	535,80 Dhs

Autorisation CNIDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Doutabaâ elakib Age:

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/07/2022

#### **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
28/11/2022	Op	3 x 200 dh	600 dh	INP : 1071183474 Doktor Abdelkader El Val-de-Grâce Professeur de Chirurgie Traumatologique Spécialiste de Réparation Marrakech

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie de l'Aéroport</b> <u>Marrakech</u> Terminal 1 Aéroport Marrakech - <b>Marrakech</b> Tel / Fax : (+212) 05 24 44 00 38 <u>020 218 5000</u> <small>schmounbox</small>	28/7/2001	235,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Abdelkader SAMAI

Professeur du Val - de - Grâce (Paris)

Chirurgien des Hôpitaux

Spécialiste en Orthopédie - Traumatologie

Chirurgie Réparatrice et Microchirurgie

Ancien Chef de Service à l'Hôpital Militaire Avicenne

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur

à la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rabat

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

Tél. : 05 24 43 07 78 - GSM : 06 61 24 60 00

# الدكتور عبد القادر السمعي

جراح المستشفيات

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم الجراحة بالمستشفى العسكري ابن سينا

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب والصيدلة بالرباط

الهاتف : 06 61 24 60 00 - المحمول : 05 24 43 07 78

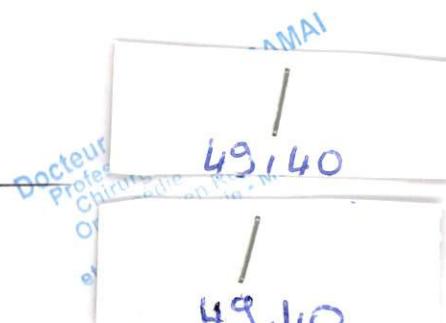
28/7/2022

Marrakech, le

مراكش، في

Dr Chakib  
1<sup>r</sup> Col Seax

BOUTARAA



1<sup>e</sup>) 49,40 x 2  
Col Seax (35)  
2x 1 fm (1 mas)  
(1 forin) 125-  
apres 2 reper.

137,00  
REUMADEP.



235,80  
Terminal 1 Aéroport Marrakech - Ménara  
Tél / Fax : (+212) 05 24 44 00 38  
e-mail : m.h.de.aeroport@marrakech.menara.ma

Dr. Abdelkader SAMAI  
Professeur du Val-de-Grâce  
Chirurgien des Hôpitaux  
Orthopédie - Traumatologie  
Chirurgie Réparatrice  
et Microchirurgie à Marrakech

Pilarmacie de l'Aéroport  
de Marrakech - Ménara  
Terminal 1 Aéroport Marrakech - Ménara  
Tél / Fax : (+212) 05 24 44 00 38  
e-mail : m.h.de.aeroport@marrakech.ma