

## 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.

N° W21-696656

128530  
NIG Médecin  
adhérent :  
analysé :  
 Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 36128	Société : R.A.D.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Rizzi Nourmael		
Date de naissance : 26/06/76		
Adresse : 12 Rue Michel Ange Racine Casab.		
Tél. : 0661421623 Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade : / /		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.		

DR. HASSAN YOUNESS  
Anesthésiste - Reanimateur  
38 Laajamia 2 Tarfaya - Maroc  
CP. ALLAL BEN ABDELLAH ATLAS

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 : / / / Le : / / /

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
16/6/2022	c.p			INP : 1234567890 Moussi YOUNES - Animateur 197155 Marrakech ATLAS

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
00168024900080 Tél : 05 24 35 99 69 Société pharmaceutique SARL AU MARCHE INPIE	07/2061328C PRE 16/11/2022	230,75 6,95

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																		
					<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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>			
						H	25533412	21433552														
						D	00000000	00000000														
						B	35533411	11433553														
						G																
						<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>																						
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																						

مصحة الأطلس الكبير  
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech le :

H2204330	
ZIZI NOUR	
Nais : 01/01/2000	
DR.BOUAICHI AMINE	
...	17/06/2022

168,20

1) Argentin 1g sachet  
1 sachet 1/2 pdt 8<sup>8</sup>  
M-  
2) Dotiprane 1g x 3  
48,00  
3) Cotipred 2mg f  
2P 1/2 mat pdt 1/3  
230,70

PHARMACEUTIQUE  
SARL AU  
Propriétaire Jawhar 2115 Marrakech  
Tél : 05 24 39 69 69  
ICE : 00168824900080

Dr. Amine BOUAICHI  
Chirurgien-Dentiste - Spécialiste en Radiopacité  
Général, Médecine, Radiologie  
INPE : 071181700

Le : 17/06/92

## ORDONNANCE

Nom et prénom :

نور زيجي

go go

1) Stein man 75 + 15  
1 pulv nasale x 3 l



DAILY



STÉRIMAR™

NOSE  
HYGIENE  
AND COMFORT

Gently cleanses and moisturizes

Helps to breathe better

Prevents colds

Importateur Exclusif

Biocodex Maroc

[www.biocodex.ma](http://www.biocodex.ma)

P.P.C. 90,90 DH

contre indications, excipients à effet  
notoire : voir notice

Clinique Grand Atlas



مصحة الأطلس الكبير

REÇU<sup>(1)</sup> N° : 109058

M ..... Zizi Nour ..... à payé  
La Somme de ..... 250 -

Relative à :

en règlement des frais de

Du 16/6/2022

Signature et Cachet

(1) Reçu de règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.