

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0023350

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

158084

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FERIATI ABDELHADI

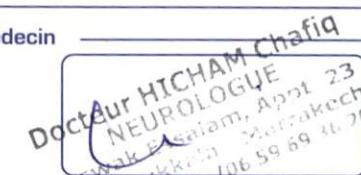
Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : lot Ma Brouka 99 Route Al Fai MRAK

Tél. : 061149294 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/04/2023 Nom et prénom du malade : FERIATI ABDELHADI Age : 68

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Loupoxi + Nerb.

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : Marakech Le : 06/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

#### **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
06.06.2013.	CD	3000 Dhs	Docteur HACHAM Neurologue Asswak Assalam. App 23 Bab Doukkala Marrakech 14289 18/06/59 69 36 20	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>No 127 Pharmacie les Cyprès Tél : 03 29 25 02 03</p>	06-06-23	368,40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		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'ODF.

**Docteur HICHAM Chafiq**

NEUROLOGUE  
diplômé de la faculté de médecine  
de Strasbourg

**الدكتور هشام شفيق**

اختصاصي في أمراض الرأس  
الجهاز العصبي والعضلات  
خريج كلية الطب بستراتوسبورغ

Marrakech, le 06 - 04 - 2013.

M<sup>r</sup> Fethi Abdelhaozi

- NFS, VS
- C1 + D
- colicnie
- hycnie

~~Docteur HICHAM Chafiq  
NEUROLOGUE  
Aswak Essalam, Appt 23  
Bab Doukkala - Marrakech  
05 24 43 89 88 - Gsm : 06 59 69 36 20~~

**ICE : 001628282000084 – INP : 071075113**

أسواق السلام - الطابق الثاني - شقة 23 - باب دكالة - 40090 مراكش -  
Tél : 05 24 43 89 88 - Gsm : 06 59 69 36 20 - E-mail : chafiqhicham@hotmail.com

**Docteur HICHAM Chafiq**

**الدكتور هشام شفيق**

**NEUROLOGUE**

**اختصاصي في أمراض الرأس**

**diplômé de la faculté de médecine  
de Strasbourg**

**الجهاز العصبي و العضلات**

**خريج كلية الطب بستراسبورغ**

~~Pharmacie  
N° 17  
Télé : 05 24 43 89 88  
Marrakech  
Les Cypres  
et Mabrouka~~

Marrakech, le 06 - oct - 2023.

**M<sup>r</sup> Ferizhi Abdelhadi**

~~Abg, 00~~

~~86.00~~

- Dolicox 50mg



~~1ypj x 7 jours AR.~~

~~NBd, 00~~

~~Dizacteoline~~

~~1yp 15 AR x 1 mois~~

~~96,- 00~~

~~Nydeflex 150 mg (1 brûle)~~

*Docteur HICHAM Chafiq  
NEUROLOGUE  
Asswak Essalam, Appt. 23  
Bab Doukkala, Marrakech  
Tél : 05 24 43 89 88 - Gsm : 06 59 69 36 20*



**ICE : 001628282000084 - INP : 071075113**

**PIASCLEDINE® 300MG**

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

الطب

لهم سرير العرش





30 Comprimés Pelliculés



LABATEC



• Voie orale

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4016  
MFG: 06 2022  
EXP.: 06 2025  
PPV: 940hs00





# *PHARMACIE LES CYPRES*

## FACTURE N°

NOM : FERIATI  
PRENOM : Abd El hedi

**RC : 106470. ICE : 001805306000014. IF : 70733480**  
**Adresse : 127 lot Mabrouka Marrakech**