

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 627 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MR. AIT M. HAMED AHMED

Date de naissance : 12-03-1944

Adresse : HAY ESSALAM RUE MADYAK

TOUDGHIA 61 CASABLANCA

Tél. : 063 4605386 Total des frais engagés : 287,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2013

Nom et prénom du malade : MR. AIT M. HAMED AHMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : E.C. 300

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 : Marrakech Le : 12/06/2013

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
12/06/2023	C2		250000	Dr. Mohamed Hammadi Dermatologue Maladie de Chagas INPE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. M. Hammadi	12/06/2023	34.80
		072043615

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# CABINET DE GROUPE DE DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE

**Dr Mohamed TRABELSI**  
Spécialiste

des Maladie de la Peau, des Cheveux  
et des ongles, Maladies Sexuellement  
Transmissibles, Chirurgie Dermatologique

DIU de Dermatologie Esthétique  
Cosmétologie et Lasers Dermatologiques  
de la Faculté de Médecine de Bordeaux

الدكتور محمد الطرابلسي  
أخصائي

أمراض الجلد والشعر والأظافر  
الأمراض المتنقلة جنسيا الجراحة الجلدية

دبلوم في طب التجميل  
وليزر  
من كلية الطب ببوردو

Marrakech, Le : 12/06/2023

مراكش، في :

**AIT MHAMED AHMED**

37,80

- **BIODERMA ATODERM INTENSIVE GEL MOUSSANT**  
1/J LAVER VISAGE ET CORPS
- **BIODERMA ATODERM INTENSIVE GEL-CREME**  
2/j COU
- **Efficort lipophile 0,00127 - crème**  
2/ SEM COU PLUS APPAREIL GENITAL ANUS
- **CAMOMILLA BLU DAILY USE**  
2/J LAVER APPAREIL GENITAL



RDV 15 JOURS



Dr. Mohamed TRABELSI  
DERMATOLOGIE  
Cosmétologie  
des Cheveux et des Ongles  
INPPE : 74111245

مكتب الطرابلسي  
Dr. Mohamed TRABELSI  
DERMATOLOGIE  
Cosmétologie  
des Cheveux et des Ongles  
INPPE : 74111245  
PHARMACIE EL HAMMADIA  
Mme H. A.  
Marrakech  
N° 100 Av. palestine - Marrakech  
Tél : 05 24 30 28 78