

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

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

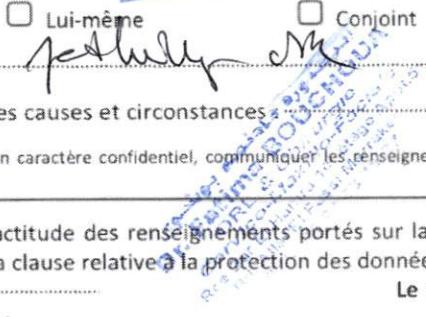
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10023	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	TENZAIFI YOUNES
Nom & Prénom : TENZAIFI YOUNES		Date de naissance : 07-11-70	
Adresse :			
Tél. : 0661552756		Total des frais engagés : 758,-	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : 08 MAI 2023 Nom et prénom du malade : M. BOUZAACHANE Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : ARTHROSIS 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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-798701
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : 10023	
Nom de l'adhérent(e) : TENZAIFI YOUNES	
Total des frais engagés : 758,-	

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
8.05.07			3000 F	INP 0910833213 T

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACEUTIQUE KIRWAN	08/05/2013	158,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

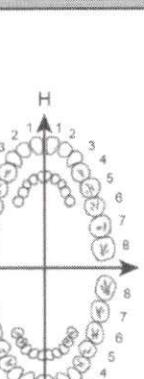
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'OR

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/>															
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	00000000	11433553	35533411			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	B																		
	G	00000000	11433553																
	35533411																		
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION															
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur
Fatima BOUCHOUA

Spécialiste

Oto-Rhino Laryngologie et Chirurgie
Cervico-Maxillo-Faciale

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Nancy (France)
- Doctorat en Médecine - Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Ex-Chef de Service d'ORL à l'Hôpital El Antaki - Marrakech



الدكتورة
فاطمة بوشو

اختصاصية

أمراض وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة
العنق - الوجه والفك

خريجة كلية الطب والصيدلة ببنانسي (فرنسا)

دكتوراه في الطب - كلية الطب والصيدلة بالرباط

رئيسة ساقية بمصلحة الأنف، الأذن والحنجرة

بمستشفى الأنطاكى (الخميس) بمراكش

08/05/2023

Marrakech, le :

TENZALI YOUNES

3f, n° 3

• **Duoxol 500 mg / 2 mg - comprimé**
02 cp deux fois par Pdt 15 jours Puis 01 cp deux fois par jour
Pdt 15 jours

131.70

• **Nasonex 50 µg / dose - suspension pour pulvérisation nasale**
01 doses le matin dans chaque narine Pdt 01 mois

• **Euzol 40 mg**
1 cp le soir avant le dîner Pdt 01 mois

el b, n° 2

LOT : 2557
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

16, 05 24 44 00 77
Gueliz - Marrakech
36, Avenue Mohammed V, 4^e étage

Dr. Fatima BOUCHOUA
Oto-Rhino Laryngologie et Chirurgie
Cervico-Maxillo-Faciale
Rue Dar El Hamra Majorelle 36
Bd. Allal El Fassi - Marrakech
Tél. : 05 24 33 18 27

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

E-mail : fb.cabinet.orl@gmail.com

Rue Dar El Hamra Majorelle, 1er étage
Appt. 5 Imm. B, Bd. Allal El Fassi - Marrakech
Tél. : 05 24 33 18 27 - GSM : 06 41 63 22 63

إقامة دار الحمراء ماجوريل، الطابق الأول شقة 5
عمارة بـ شارع علال الفاسي - مراكش
الهاتف: 06 41 63 22 63 - المحمول: 05 24 33 18 27