

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.

M22- 0023348

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : 188730

Nom & Prénom : FERATI ABDELPHADI

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : 107 Ma. Boulouka 92 Route abd. Mohamed

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : 743,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2023

Nom et prénom du malade : Amina krid Age: 58

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Depression

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 : Marrakech Date : 22 NOV 2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0023348

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2504

Nom de l'adhérent(e) : Krid Amina

Total des frais engagés : 743,00

Date de dépôt :

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
20/11/2023	C	C		<i>Dr. A. Ouljaissa Résidente en psychiatrie Hôpital Ibn Rochd CHU - Marrakech</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie les Cyprès Tél : 02 03</i>	29/11/23	743,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(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



Service Universitaire Psychiatrique

المركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس
مراكش



Équipe de Recherche

Pour la Santé Mentale

Hôpital Ibn Nafis

C.H.U Mohammed 6 de Marrakech

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Centre Hospitalier-Universitaire
Mohammed VI
Marrakech

Marrakech, le 29/11/23

Chef de service:

Pr. MANOUDI Fatima

Professeur

Pr. ADALI Imane

Médecin psychiatre

Pharmacie les Cravats
N° 127
Tél : 05 24 29 43 02 03

attaché au CHU :

Dr. ABRACHE Maryam

Dr. ENNAZK Sara

Dr. EL KHOUDRI Kamal

Dr. ECH-CHAMIKH Asmae

Psychologue :

ESSABBABI Asmae

ORDONNANCE

Amine Krid

① Nolafex 75 mg cp
2+1/2 00 -00 -01
② Paroxyp 5 mg cp
2+1/2 00 -00 -01
③ Supridol 50 mg cp
28,00 01 -00 -01
④ Catstilnox 70 mg cp
29,00 2 00 -00 -1/2
⑤ Tenesta 2,5 mg cp
00 -00 -1/2
H + RDV de la 02 mai 23

Pharmacie les Cravats

N° 127
Tél : 05 24 29 43 02 03

Pharmacie les Cyprès
N° 127, 1er étage
Marrakech
Tél : 05 24 43 02 03

Marrakech Le 29/11/2023

Facture

0003320

M: KRIST ANINA

Quantité	Désignation	P.Unit	P. Total
	VELAXOR LP	101,00	202,00
	FANOZYP 6mg	156,00	312,00
	SULPITAL 5mg	28,00	56,00
	STILNOX 10mg	56,00	113,00
	TEMESTA 25mg	99,00	59,00
	GOT Centrum	743,00	
	Thiis 60		

Pharmacie les Cyprès
N° 127, 1er étage
Marrakech
Tél : 05 24 43 02 03