

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

## Maladie

## Dentaire

## Optique

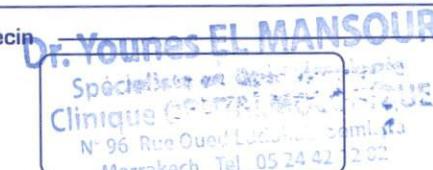
## Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	6217	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AG4961
Nom & Prénom :		MR. AIT M'HAMED AHMED	
Date de naissance :		14 - 03 - 1944	
Adresse :		HAY ESSALAM RUE MADYAK TOUDGHAT 61 CASA	
Tél. :		0634601386	Total des frais engagés : 314 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 JAN 2024

Nom et prénom du malade : ait Dhamed Ahmed Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie :

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 : MARAKESH

Le : 29/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9 JAN. 2024	CB	01	Gratuit	Dr. Younes Spécialiste en Gynéco-Obstétrique Clinique COIFFA MAMOUNIA N° 96, Rue Qued Eddahab 8pm 10 Marrakech Tel: 05 24 42 12 02

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE MOHAMMADIA Mme DEBBAGH A. Palestine Marrakech	29/11/24	314,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

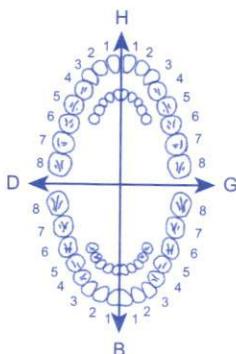
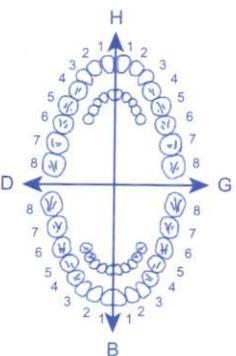
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table 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;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	<hr/>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
B	35533411	11433553																	
<hr/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															



Marrakech, le : 29/01/2024 مراكش، في :

M<sup>r</sup> AIT MHAMED Ahmed

\* Thérapie Oilyne

2 à 3 fois par jour



pendant 3 mois.

Dr. Younes EL MANSOURI  
Spécialiste en ophtalmologie  
Clinique Ocular Semlalia  
N° 96, Rue Oued Eddahab - Marrakech  
Tél. : 05 24 42 12 82

صيدلية المحمدية  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
Mme DEBBAGH A.  
N° 100 Av. Palestine - Marrakech  
Tél. : 05 24 42 28 78

VR2/62/CTOMAR/0722

VR2/62/CTOMAR/0722

MA



رقم 96، زقة وادي الذهب، السهلالية (وراء مستشفى ابن طفيل) - مراكش - الهاتف : 05 24 42 12 83 / 05 24 42 12 82 - الهاتف/fax : 05 24 42 12 84

N° 96, Rue Oued Eddahab, Semlalia (derrière hôpital Ibn Tofail) - Marrakech - Tél. : 05 24 42 12 82 / 05 24 42 12 83 - Tél/Fax : 05 24 42 12 84

E-mail : clinique.ophtalmo.marrakech@gmail.com - Site : www.clinique.ophtalmo.marrakech.com

I.F. : 15252450 T.P : 45336151 ICE : 001695389000058 INPE : 070062450