

## 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 Langue Durée AID et AIC :**

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- **Adresses emails utiles**
  - Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
  - Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
  - Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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 type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 3420	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL AARAJ JALAL RACHID		
Date de naissance :	08 juillet 1955	
Adresse :	110, Groupe 3 ATEKIS MARRAKECH	
Tél. : 06 61 18 71 45	Total des frais engagés : #490,50 DH #	

Cadre réservé au Médecin	
<b>Dr. A. M. SKOKAR</b> <b>Chirurgien Dentiste</b> <b>Tél. : 05.24.42.92.42 / 06.18.42.33.22</b> <b>39, rue Loubrane</b> <b>Gouda - Marrakech</b>	
<b>طبيب الأسنان</b> <b>العنوان :</b> <b>الرue لوبران</b> <b>جدة - مراكش</b> <b>طبيب أسنان</b>	
<b>Date de consultation :</b> 08 JAN. 2020, <i>Amor</i> <b>Nom et prénom du malade :</b> El AMRANI Rachid <i>Amor</i> <b>Age :</b> 30	
<b>Lien de parenté :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
<b>Nature de la maladie :</b> Sains <i>Amor</i> <b>MUPRAS</b>	
<b>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</b> <i>Amor</i> <b>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p/confidentiel à l'�</b> <b>médecin conseil de la Mutuelle.</b>	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 08-01-2019

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 08/01/2018

..... J. ....

### 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
				INP :

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ATLAS 30, Km SIDI BOUA Anglo Rue Souya - Loubnan Guéliz - Marrakech Tél 024 34 98 00	08/01/2020	90,50 DHD

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

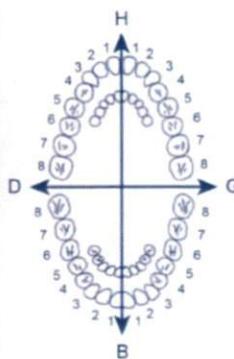
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

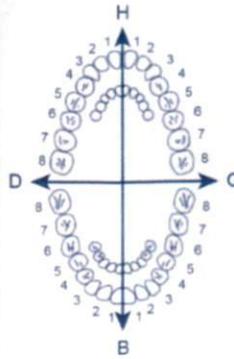
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DENTISTE D. A. MERKOURI  
Chirurgien Dentiste  
Tél: 05.24.41.51.11  
39, Rue Loubnan  
Guéliz - Marrakech

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Tél: 05.24.41.51.11  
PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
Guéliz - Marrakech

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D12

MONTANTS DES SOINS

400 DHD

DEBUT D'EXECUTION

08 JAN. 2020

FIN D'EXECUTION

08 JAN. 2020

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D12

MONTANTS DES SOINS

400 DHD

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

08 JAN. 2020

# Abdelaziz Mekouar

Docteur d'Etat en chirurgie dentaire  
Lauréat de la faculté dentaire de Lyon  
Certificat d'études supérieures en  
Orthopédie Dentofaciale  
Docteur en Sciences Odontologiques  
Ancien chef de services aux  
Hôpitaux Militaires des F.A.R.

عبد العزيز مكوار

دكتور الدولة في جراحة الأسنان  
خريج كلية ليون بفرنسا  
شهادة الدراسات العليا في تقويم الأسنان  
دكتور السلك الثالث في علوم الأسنان  
رئيس مصلحة طب الأسنان سابقا  
بالمستشفيات العسكرية للقوات المسلحة الملكية

Marrakech, le : ..... مراكش، في : .....

08 JAN. 2020

MR EL AMRANI JAMAL RACHID

30.50

- ERY 500 mg



1 Comprimé le matin

1 Comprimé le soir

Pendant 8 jours.



ICE INPE : 072003841  
00115288300041

D' A. MEKOUAR  
Chirurgien Dentiste  
Tél: 05.24.42.02.42 / 06.18.42.33.22  
39, Rue Loubnane  
Guéliz - Marrakech

بالموعد : 05 24 42 02 42 / 06 18 42 33 22

39, Rue Loubnane - 1er étage, Guéliz - Marrakech • جليز 1 - زنقة لوبنان 39.