

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1191</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e), <b>RAKI</b>	<input type="checkbox"/> Autre : <b>ABDEL AZIZ</b>	
Nom & Prénom : <b>RAKI ABDEL AZIZ</b>			
Date de naissance : <b>01/01/1960</b>			
Adresse : <b>Marsane 3 N 181 DAOUADIATE Ramla Kett</b>			
Tél. <b>05 24 31 27 89</b> Total des frais engagés : <b>10 290,00</b>			
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-bottom: 10px;"></div> Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>03.09.19</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BSL ORAD</b> <small>Age : 54</small>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>1574 / 12011205 - crise</b>			
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 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **10/09/1615**

BELONAD

## 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
03.09.19	consult	100,00	590,20	INP : 571078687

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MANSI DR. BOUHABIB DR. B. BOUHABIB Marrakech Tel: 05 24 30 13 21	03.09.19	PHARMACIE MANSI DR. BOUHABIB DR. B. BOUHABIB Marrakech Tel: 05 24 30 13 21 N° 12, rue Sidi 3 Amelkhem Marrakech 590,20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____

Docteur ADDOU Abdelhak

Spécialiste des Maladies

Cardio - Vasculaires

Ex. Chef de service de Cardiologie

Centre Hospitalier Ibn Zohr et Errazi - Marrakech

Ex. Attaché des Hôpitaux de France

Diplômé de la Faculté de Nancy

- FRANCE -



ICE : 001703938000095

IF : 14370880

TP : 453006053

الدكتور عدو عبد الحق

أخصائي في

أمراض القلب والشرايين

رئيس سابق : مصلحة أمراض القلب

بالمراكز الاستشفائية ابن زهر والرازي - مراكش

طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

خريج كلية الطب ببنانسي

- فرنسا -

Le 03.09.19

ORDONNANCE

PHARMACIE MANISS  
Dr. ADDOU Abdelhak  
Tél. : 05 24 30 13 27  
Amerchich - Marrakech

23. 80x3  
64,20x6

Bel ou AD Sante  
époux Razi  
Askardil 160

1/2

Ancien pris 10/12.-

1/1

Qant 16  
ج

133.60x1  
- Diurens 600  
→ 01 pris  
comme

Dr. ADDOU Abdelhak  
Spécialiste des Maladies cardio - Vasculaires  
1, Av. Allal El Fassi, 1<sup>er</sup> étage, Entrée 6. Complexe des Habous - Marrakech  
Tél. : 05 24 30 13 27

Dr. ADDOU Abdelhak  
Spécialiste des Maladies cardio - Vasculaires  
1, Av. Allal El Fassi, 1<sup>er</sup> étage, Entrée 6. Complexe des Habous - Marrakech  
Tél. : 05 24 31 41 83 / 06 61 30 45 08 - Fax : 05 24 31 42 33

7, شارع علال الفاسي، الطابق الأول، مدخل 6 مجمع الأحسان - مراكش

7, Av. Allal El Fassi, 1<sup>er</sup> étage, Entrée 6. Complexe des Habous - Marrakech

Tél. : 05 24 31 41 83 / 06 61 30 45 08 - Fax : 05 24 31 42 33

6118000141051

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64,20 DH

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64,20 DH

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64,20 DH

6118000141051

6118000141051

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64,20 DH

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64,20 DH

LOT: 122  
PER: 03/22  
PPV: 64,20 DH

6118000141051

ASKARDIL® 60 mg 30 comprimés

LOT 96005 1  
EXP 06/2021  
PPV 23DH80

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés

LOT 96005 1  
EXP 06/2021  
PPV 23DH80

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés

LOT 96005 1  
EXP 06/2021  
PPV 23DH80

133,60

133,60

133,60

133,60