

# 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

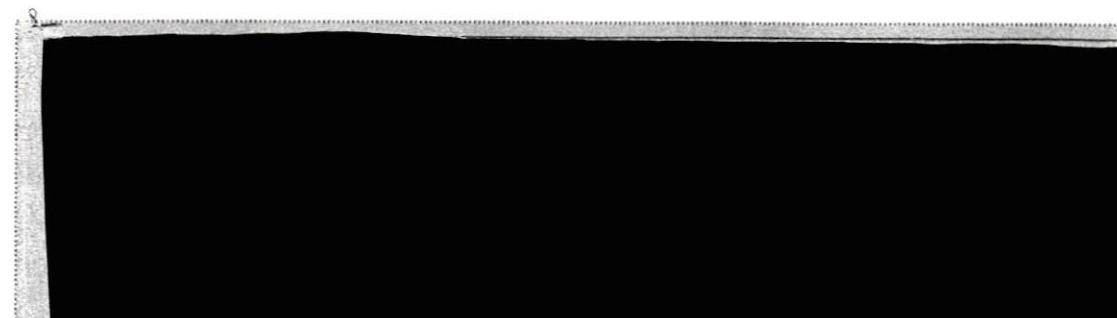
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com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

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"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3881	Société : R.A.M 25019		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZARRAT Abdellah			
Date de naissance : 26 au 57			
Adresse : 111 AZIZ SIDI YOUSSEF 10150			
Tél. : 0601561870	Total des frais engagés : 549,60		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11/13/06			
Nom et prénom du malade : MAMAA Nina Age: .....			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : .....			
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.			

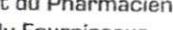
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclame avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : NM Le : 10/10/06  
 Signature de l'adhérent(e) :



## **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
10/03/2020	C.S.P		69,00	INF : b7fageBbB8d Dr. S. M. Dernière attestation 2020-03-10

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>صيادة الأخلاص Pharmacie AL KHLASSE Dr. Aouatif MARRAKOUI N° 77G, Azli Sud - Marrakech Tél.: +212 60 34</p>	10.03.2020	489 fcs

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

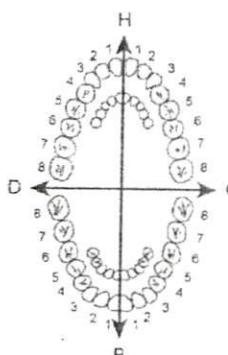
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
<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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												



IP = 754 068

Service Universitaire Psychiatrique

المركز الاستشاري الجامعي  
محمد السادس  
مراكش



Hôpital Ibn Nafis

ed VI de Marrakech

et de Pharmacie de Marrakech

Centre Hospitalier Universitaire  
Mohammed VI  
Marrakech

LOT 192771 1  
EXP 11/2022  
PPV 180.00

180,00



Athymil® 30 mg  
20 comprimés pelliculés



PER : 09/2023  
LOT : 8MA013V  
Dr. BOUSKOU Mina  
NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30  
6 118000 060482

Dr. BOUALAME Abdelmounaim  
Dr. GOURANI Ahmed

Chef de service des soins  
infirmiers :

Mr. SOUHAILI Abdelfattah

ed VI de Marrakech

et de Pharmacie de Marrakech

Marrakech, le 31/10/2023

ORDONNANCE

Naamae Nima

Fluxoper 30 mg (yp)

02 - 00 - 00

Privedel 1mg (yp)

00 - 01 - 00

Athymil 30 mg (yp)

00 - 00 - 112

Nozinan 100 mg (yp)

00 - 1/2 - 02

m + RDV 00h00  
champs

Dr. S. Mekkaoui

Dr. S. Mekkaoui  
Respiratoire et Médecine Interne  
Dr. S. Mekkaoui

Hôpital Ibn Nafis, SUP

Cité Daoujoute, quartier Amerchich. BP : 502 - Marrakech  
Tél : 05 24 29 04 53 / Fax : 05 24 30 74 31

صيادلة مخالص  
Pharmacie AL MELASSE

Dr. Aouatif MEKKAOUI

N° 770, Azilal Sud, Marrakech

Tél : 05 24 30 69 37

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
CHU Mohammed VI  
Hôpital Ibn Nafis  
Marrakech



Nº 080695 A

Reçu de M

MINA MAITMAA

Quittance

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
002	ls	60,00
754669	Total	60,00

Cachet du Service

10/03/2000

Signature du Régisseur