

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

soins 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.

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.

Biologie et Étiologie :

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.

Education :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0040538

NO 2303 19

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 687

Société ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AIT M'HAMED AHMED

Date de naissance :

12/03/1944

Adresse :

HAÏF ESSALAM RUE MADYAK TOUSSA

N° 61

ASABLANCA

Tél. : 06 34 40 53 86

Total des frais engagés : 100 + 665,10 = 965,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. Jamal Dine EL AHMAD
Maladies et Chirurgie
des Os et des Articulations
2 Rue Abdelouahab DARRAK Guellal
Tél. 0524 438 478 - 06 61 34 19 6

Date de consultation : 3/9/2020

Nom et prénom du malade : AIT M'HAMED AHMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Encephalite M - 2ma

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : UN

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Clés des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 3-2-2020 | Ch | C1 | 300,00 | DR.Jamal Dine EL AHMAD Médecin et Chirurgien des Os et des Articulations 2 Rue Abdellahab DAFERI, Casablanca Tél: 0524 438 478 - 06 61 34 19 81 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| صيديرية النخيل PHARMACIE NAKHIL imm Nakhil Av Yacoub EL Mansour Marrakech - Tél: 05 24 44 71 35 | 03.02.2020 | 600,00 |

072074339

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|---|----------------|------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A blue arrow points from the text 'PREMIER' to the upper arch. A red arrow points from the text 'NA | | | |

Douteur Jamal Dine EL AHMADI

Chirurgien Spécialiste

Maladies et Chirurgie Os & Articulations

Traumatologie du Sport

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

الدكتور جمال الدين الأحمدى

طبيب جراحي

أمراض و جراحة العظام و المفاصل

جراحي بمستشفيات باريس سابقا

جراحة الروماتيزم

Marrakech, le : 3-2-2020 مراكش، في :

n^o Ail n'hauud Ahuud - + 6as

1/ ~~zouviak~~ Arborval

DR. Jamal Dine EL AHMADI
Maladies et Chirurgie
des Os et des Articulations
2 Rue Abdelouahab DARRAK Guéliz
Tél : 0524 438 478 - 06 61 34 19 69



6^{eme} étage 2-2-2 / i x 81
μ 2-2-2 / i x 81
μ 2-0-2 / i x 81

2/ D₃ Norm

DR. Jamal Dine EL AHMADI
Maladies et Chirurgie
des Os et des Articulations
2 Rue Abdelouahab DARRAK Guéliz
Tél : 0524 438 478 - 06 61 34 19 69



صيدلية النخيل
PHARMACIE NAKHIL
1^{er} étage Nakhil Av Yacoub EL Mansour
Marrakech - Tél : 05 24 44 71 35

2، زقة عبد الوهاب الدرقا - جليز - مراكش (أمام المستجلات - مستشفى ابن طفيل)

2, Rue Abdelouahab DARRAK- Guéliz - Marrakech - (Face Urgences - Hôpital Ibn Tofail)

Tél. : 05 24 438 478 - GSM : 06 61 34 19 69 - Email : dr.jdelhmadi@gmail.com

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE

- Copie des résultats
- Facture
- Ordonnance
- Pli confidentiel

DENTAIRE

- Accord préalable avant le traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Facture
- Radio après traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Radio avant traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Restitution des anciennes prothèses

HOSPITALISATION

- Cachet de la clinique sur la feuille de soins
- Compte rendu opératoire
- Copie compte rendu des radios
- Copie résultat de l'anatomopathologie
- Copie résultat des analyses
- Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale
- Entente préalable
- Notes d'honoraires
- Ordonnance et factures des actes sous traités
- Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale

OPTIQUE

- Facture de l'opticien
- Ordonnance

REEDUCATION

- Copie radio relative à la même maladie
- Entente préalable remplie par le médecin
- Facture

PHARMACIE

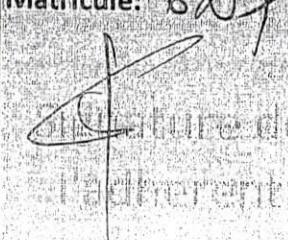
- Ordonnance *
- Vignettes des médicaments PPV **

* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:

Matricule: 620



FS n°: 19-8040538