

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-802451

Couvert

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 00372 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé :

Total des frais engagés : # 1509,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Nouzha EL BAROUDI
RHUMATOLOGUE
82, Av. Hassan II Marrakech
Tél 05 24 43 65 62

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/09/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-802451

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 00372
Nom de l'adhérent(e) : Boussetta Helima
Total des frais engagés : 1509,20
Date de dépôt : 06/09/2023

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
06/08/2023	Q 1		200	INP : 05 31 10 LOGIE BAROUDI 24 43 65 Marrakech 07 1048391

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NAIMA S.T.D, Lot Bouammi - 40000 Marrakech Tel. 05 24 06 22 22 I.N.P.E	06/09/23	1209.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDAD 7S-7D, Lot. Bouamra Marrakech Tel : 05 24 30 63 22			Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDAD 7S-7D, Lot. Bouamra "Assif" (C) Marrakech tel : 05 24 30 63 22

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																												
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.																																												
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											INP : <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																																								
				MONTANTS DES SOINS																																								
				DEBUT D'EXECUTION																																								
				FIN D'EXECUTION																																								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																																												
	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX																											
	H	25533412	21433552																																									
	D	00000000	00000000																																									
	B	35533411	11433553																																									
	G																																											
					MONTANTS DES SOINS																																							
					DATE DU DEVIS																																							
					DATE DE L'EXECUTION																																							
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																											
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																											

Dr. Nouzha EL BAROUDI

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, Articulations, Tendons, Muscles, Rachis

C.E.S. de Biologie et Médecine du Sport

C.U. de Podologie

82, Avenue Hassan II - Marrakech

Tél. : 05 24 43 65 62

: 05 24 43 22 48

Fax : 05 24 43 01 73

المدكتورة نزهة البارودي

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

و الطب الرياضي

82، شارع الحسن الثاني - مراكش

الهاتف : 05 24 43 22 48

05 24 43 65 62 :

الفاكس : 05 24 43 01 73

Marrakech, le : 06.09.2023

Mme BOUSSETTA Halima

1 PIASCLEDINE 300

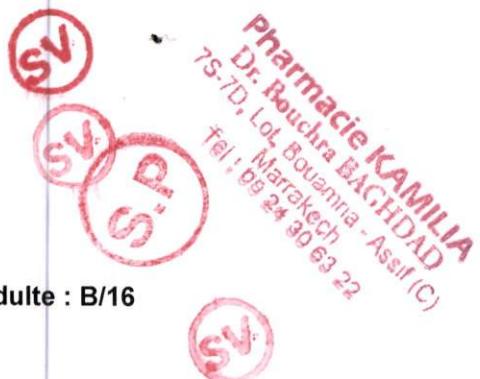
1 gelule au dejuner pendant 6 mois

2 FLEXANAT NITRON SPRAY

1 application 2 fois par jour

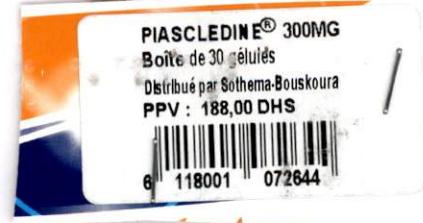
3 CODOLIPRANE 400 mg/20 mg cp séc adulte : B/16

1 le matin et le soir, après le repas.



Dr. Nouzha EL BAROUDI
RHUMATOLOGUE
 82, Av. Hassan II, Marrakech
 Tel: 05 24 43 65 62

PPV: 22DH20
PER: 03/25
LOT: M1022



X 6 Gels