

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 canaux, 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 canaux.

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.

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
M22- 0028452

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6165 Société : 195258
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL Houssini Hicham M. Amine
 Date de naissance : 06-08-1963
 Adresse : 80 lot jwawar TANCA marakech
 Tél. : 0661198032 Total des frais engagés : 400 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. AIT BADI MY AHMED**
 Médecine Interne - Maladies de systèmes
 Diabète-Thyroïde-Rhumatismes-Gastro-entérologie
 Tél: 05 24 30 53 63 INPE: 071206254
 Date de consultation : 04 / 12 / 2023
 Nom et prénom du malade : EL Houssini Hicham M. Amine Age: 60
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : pathologie chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : *Marakech* Le : *04/12/2023*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
04 DEC 2023	Ce		200 200	Dr. AIT BADI MY AHMED Médecine Interne - Maladies de systèmes Diabète-Thyroïde-Rhumatismes-Gastro-entérologie Tél: 05 24 30 53 63 INPE: 071206254

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

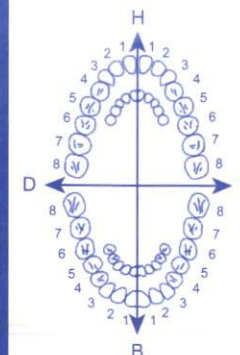
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

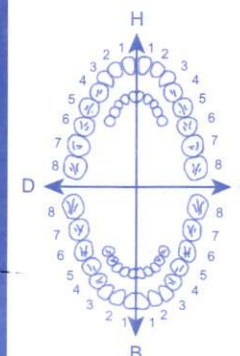
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. AIT BADI MY AHMED

Spécialiste en Médecine Interne



د. أيت بادي مولاي أحمد

اختصاصي في الطب الباطني

Diabète et Maladies de la Thyroïde
أمراض السكري والغدة الدرقية

- Ex. Professeur-Facultés de Médecine: Rabat/Marrakech
- Echographie Générale
- Ex. Médecin Militaire: Marrakech/Val-de-Grâce. Paris
- Hypnothérapie

Rhumatismes
الروماتيزم

Gastro-entérologie
أمراض الجهاز الهضمي

- أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط ومراكش
- الفحص بالموجات فوق الصوتية
- التلويح الإيحائي
- طبيب عسكري سابقاً بمستشفى ابن سينا وصال دو كراس

Marrakech le : 04/12/2023

Facture N° 43/23

Identité du patient :

Nom: EL HOUSSINI HILALI

Prénom : AMINE

Montant des honoraires : - Consultation : 200 DH

- Echographie Thyroïdienne : 200 DH

Soit un total de 400 DH.

La présente facture est arrêtée à la somme de quatre cents Dirhams.

Signé :

Dr. AIT BADI MY AHMED
Médecine Interne - Maladies de systèmes
Diabète-Thyroïde-Rhumatismes-Gastro-entérologie
Tél: 05 24 30 53 63 INPE: 071206254

Dr. AIT BADI MY AHMED

Spécialiste en Médecine Interne



د. أيت بادي مولاي أحمد

اختصاصي في الطب الباطني

Diabète et Maladies de la Thyroïde
أمراض السكري والغدة الدرقية

Rhumatismes
الروماتيزم

Gastro-entérologie
أمراض الجهاز الهضمي

- Ex. Professeur-Facultés de Médecine: Rabat/Marrakech
- Echographie Générale
- Ex. Médecin Militaire: Marrakech/Ville de Grâce, Paris

- أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط ومراكش
- الفحص بالموجات فوق الصوتية
- الطبيب عسكري سابقا بمستشفى ابن سينا وقال دو كراس

Marrakech le : 04/14/2023

Identité : EL HOUSSINI Med Amine

Echographie de la glande thyroïde

Les coupes échographiques ont montré une glande thyroïde de volume normal, bien limitée, de structure échogène et homogène.

On ne note pas à son niveau de nodules thyroïdiens ni de calcifications.

Les axes vasculaires sont libres et il n'y a pas d'adénopathie cervicale visible.

Conclusion :

Il s'agit d'une glande thyroïde de volume normal, bien limitée, de structure échogène et homogène, sans autres anomalies.

Signé

Dr. AIT BADI MY AHMED
Médecine Interne - Maladies de systèmes
Diabète-Thyroïde-Rhumatismes-Gastro-entérologie
Tél: 05 24 30 53 63 INPE: 071206254