

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

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

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° P19- 0019241

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **21346**

Matricule : **2279** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BENMAKHLOUF ROLAND** Date de naissance : **29/03/54**

Adresse : **294 AMELKIS & NABEIL Sud RAK**

Tél. : **0661311629** Total des frais engagés : **552,900H** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Boubker ESSADKI
Professeur de Traumatologie Orthopédie
Chirurgie du Sport Arthroscopie
Résidence AMITAI Rue Liban 1er Etage
N 3 Gueliz Marrakech Tel/Fax 05 24 43 86 80
Urgences 06 61 45 66 46 ICI 00161590500034
MSP 671084367

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28/01/2019**

Nom et prénom du malade : **Bennicini Asien** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **douleur de l'épaule**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **centrist pas un accident**


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 : **23/01/2019** **MARRAKECH**

Signature de l'adhérent(e) :

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
28/11/19	Cs		250,00	
28/11/19	infiltration		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/19	112,90 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

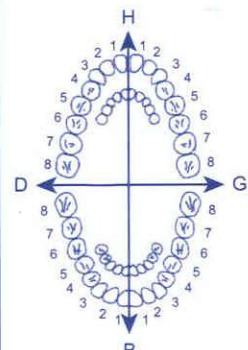
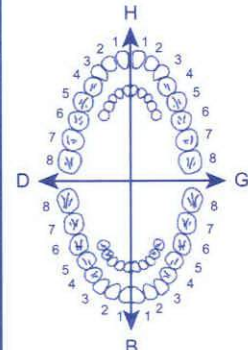
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Boubker ESSADKI

Professeur de Traumatologie - Orthopédie

Diplômé en Chirurgie du sport

Ex. enseignant à la faculté de médecine - Marrakech

Ex. chef de service de Traumatologie Orthopédie

au CHU Mohammed VI - Marrakech



الدكتور الصديقي بوبكر

أستاذ تقويم وجراحة العظام والمفاصل

دبلوم جراحة الرباطين

أستاذ بكلية الطب براكش سابقا

رئيس مصلحة جراحة العظام والمفاصل

بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس براكش سابقا

PHARMACIE ASSIF

Mme SULTANA Dr. MASSAF

215, Bd. Allal El Fassi, Unité 4

Daoudiate Marrakech

Tél. 05 24 30 30 35

Docteur Boubker ESSADKI
Professeur de Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie du sport
Reçu n° 19
N° 3 Green - Vague - INP 071084362

28.11.19

Bennani ASSIA

70,90

1. profeni 100:



1 gel 2 x 1 j x 14 j après repas

42,00

2. Omi Z (boite 14):



1 gel 1 j x 14 j avant repas

42,00

صيدلية أسيف
PHARMACIE ASSIF

Mme SULTANA Farida

Docteur en Pharmacie

215, Bd. Allal El Fassi Unité 4 - Daoudiate
Marrakech - Tél : 05 24 30 30 35

1. Omi Z (boite 14) (non effervescent)

1 cp 2 x 1 j x 14 j après repas

112,90

Docteur Boubker ESSADKI
Professeur de Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie du sport

Rue Liban, résidence AMITAF, n°3, 1er étage. (près de l'Hotel El Kabir et du Centre Américain)

40000 Marrakech - MAROC - Tél. / Fax : 05 24 43 86 80 - Tél. d'urgence : 06 67 45 66 46

ou Clinique Grand Atlas - Tél : 05 24 39 39 00

TP : 45100084 - INP : 071084362 - ICB : 001015505000034

Docteur Boubker ESSADKI

Professeur de Traumatologie - Orthopédie

Diplômé en Chirurgie du sport

Ex. enseignant à la faculté de médecine - Marrakech

Ex. chef de service de Traumatologie Orthopédie

au CHU Mohammed VI - Marrakech



الدكتور الصدفى بوبكر

أستاذ تقويم وجراحة العظام والمفاصل
دبلوم جراحة الرياضيين

أستاذ بكلية الطب بمراكش سابقا

رئيس مصلحة جراحة العظام والمفاصل

بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش سابقا

Marrakech le 28.11.19

NOTE D'HONORAIRE

Mⁿ. Bennani Assia

CONSULTATION : 250 DH

INFILTRATION K5 : 150 DH

QUATRE CENT DIRHAMS

Signé :

Docteur Boubker ESSADKI
Professeur de Traumatologie - Orthopédie
Chirurgien du Sport - Arthroscopie
Résidence AMITAF - 1er étage
N°3 - Sousse - Marrakech - Tél/Fax : 05.24.43.86.80
Urgences : 06.61.45.66.46 - ICE : 001615505000034
INP : 671084362

Rue Liban, résidence AMITAF, n°3, 1er étage. (près de l'hôtel El Kabir et du Centre Américain)

40000 Marrakech - MAROC - Tél. / Fax : 05.24.43.86.80, Tél. d'urgence : 06.61.45.66.46

ou Clinique Grand Atlas - Tél: 05.24.39.39.00

TP : 45100084 - INP : 071084362 - ICE : 001615505000034