

# 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.

## éducation :

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

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 caractére personnel.

N° P19- 053826

MD-24797

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 119166 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Chafik Fatima

Date de naissance : 29/01/1985

Adresse :

Tél. : 06 58 03 38 16 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 25/02/2020

Nom et prénom du malade : CHAFIK FATHIMA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Fibromyalgie

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

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) : 12 MARS 2020

ACQUETTE

DR MUPRAS

## 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
25/02/2020	8	250		<i>BARROUDI 0624436562 Boulevard Marrakech</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BELKHOUDA TEL: 0524 43 65 62</i>	25/02/2020	121,83

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

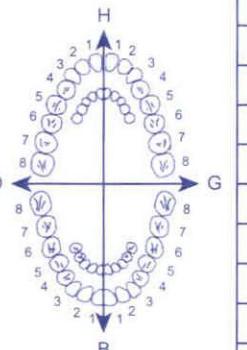
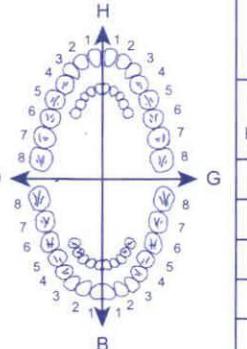
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>BELKHOUDA INFERMIER - DIPLOME D'ETAT 410 UNITE 4 DAOUIDIA MARRAKECH - TEL: 0524 30 89 20</i>	25/2/20			6		60,84

## 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 l'os.

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 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000 35533411	00000000 11433553	G	
B				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

# **الدكتورة نزهة البارودي**

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض العظام والمفاصيل

و الطب الرياضي

82، شارع الحسن الثاني - مراكش

الهاتف : 05 24 43 22 48

05 24 43 65 62 :

05 24 43 01 73 : الفاكس

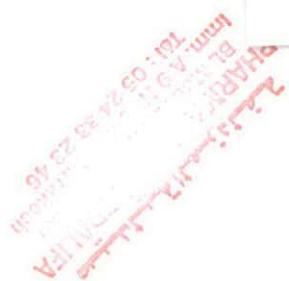
Marrakech, le : ..... **25.02.2020** .....

**Mme CHAFIK Fatima**

29/02/2020  
31/02 FELDENE 20 IM



1 injection IM de 2 ampoule par jour pendant 2 jours  
puis 1 injection IM d'1 ampoule par jour pendant 4 jours



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