

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

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° W21-633504

76322

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1086 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KERROUM AHMED

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : MARRAKECH

Tél. : 0615918547 Total des frais engagés : 683,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/05/2024

Nom et prénom du malade : Kerroum Ahmed Age :

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

Nature de la maladie : Polyarthralgie

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.

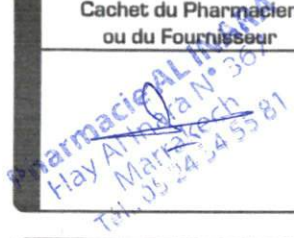
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : MARRAKECH Le : 24/05/2024

Signature de l'adhérent(e) :

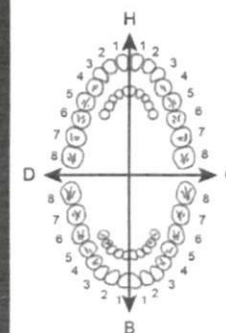
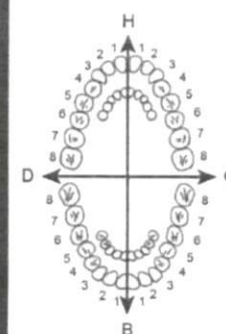
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
24/05/2021	C.S.		250,00 DH	INP : 1971192/83 
03/06/2021	C.S.		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03-06-21	363,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/06/21	298,00	10,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>																
				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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	





د. إيمان وِلْكِي

Rhumatologue

Dr. Imane OUILKI

طبيبة مختصة في الأمراض الرثية (العظام والمفاصل والعمود الفقري)

Ancien interne du CHU Mohammed VI - Marrakech

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الجامعي محمد السادس - مراكش

Ex-praticienne à l'Hôpital Militaire Avicenne

طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا

Diplôme Universitaire d'échographie ostéo-articulaire - Rabat

دبلوم جامعي في تشخيص أمراض المفاصل بالصدى - الرباط

Marrakech, le :

مراكش في :

24 MAI 2021

M^r. KERROUM Ahmed

1/ VS . Acide urique

د. وِلْكِي إيمان
Dr. OUILKI Imane
Rhumatologue

Appt. N° 7 - Résidence les 8 palmiers
Rue Ibn Aïcha - Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 43 43 57

صليبة و مختبر القنطرة
Laboratoire du Pont
F. Z EL OUDGHIRI
Hay Al Massira 1 Lot D 66 Q.1
Marrakech - Tél : 06 24 74 74 74

LABORATOIRE LE PONT D'ANALYSES MEDICALES

Docteur EL OUDGHIRI FATIMA ZOHRA

MARRAKECH le: 29/05/2021

FACTURE N° 46346/2021

Médecin	Docteur OUILKI
Nom du patient	MR KERROUM AHMED
Examens	- VS- AU
Cotation	B 44 + PC10
Montant	70,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: SOIXANTE-DIX DIRHAMS

صيدلية و مختبر القنطرة
Pharmacie et Laboratoire du Pont
F. Z EL OUDGHIRI
Hay Al Massira 1 Lot D 66 Q.1
MARRAKECH: TEL 534 92 22 47 11

مختبر القنطرة للتحليلات الطبية

LABORATOIRE LE PONT D'ANALYSES DE BIOLOGIES MÉDICALES



LE PONT

DR. Fatim Zohra EL OUDGHIRI

Biologiste

Ex. Attachée de C.T.S de Montpellier

Ancien Attachée des Hôpitaux de Nîmes et Béziers

C.E.S : Immunologie - Hématologie - Parasitologie
Mycologie - Bactériologie - Virologie - Biochimie

Hay El Massira I, Lot D 66 - Q.I (à côté du AWB) - Marrakech

Tél : 05 24 34 37 11 - Fax : 05 24 49 48 43

CNSS : 2129577 - IF : 69734219 - Patente : 46215800

R.C : 46054 - ICE : 001555209000075

Prélèvement du : 29/05/2021

Résultats édités le: 29/05/2021

Prescripteur: Docteur OUILKI

MR KERROUM AHMED

Dossier N° 21E1094

Page: 1/1

VITESSE DE SEDIMENTATION

1ère Heure.....	70	mm	N: < 20 mm
2ème Heure.....	105	mm	N: < 40 mm

BIOCHIMIE SANG

Valeurs de référence

ACIDE URIQUE.....	68,60	mg/l (*)	20,00 à 60,00 mg/l
	408,17	μmol/l	119,00 à 357,00 μmol/l

Total de pages: 1

صيدلية مختبر القنطرة
Pharmacie et Laboratoire du Pont
F. Z. EL OUDGHIRI
Hay Al Massira I, Lot D 66 - Q.I.
Marrakech - Tél : 05 24 34 37 11