

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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° M20-0000181

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4892 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNANI DOUBI M.J.

Date de naissance : 11-04-1957

Adresse : RYAD JADID II N° 4 TARS A

Tél. : 0661582510

Total des frais engagés : 148,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Bouhker ESSADKI
Professeur de Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie du Sport Arthroscopie
Résidence AMITAF Rue L. ban 1er Etage
N 3 Gueliz Marrakech Tel/Fax 05 24 13 86 80
Urgences DE 6:45 66 16 ICE 0016:5505000034
INP 071084362

Date de consultation : 09/12/2021

Nom et prénom du malade : Chayeh Raja Age: 54

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

Nature de la maladie : Douleur Cervicale

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 : 09/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

Docteur en Médecine
Professeur de Traumatologie
Chirurgien du Sport

Residence AMITAF Rue ...
3 Gauthier Marrakech Tel/fax 05 33 96 80
urgences 06 67 45 66 46 ICE 00:615505080034
INP 071084362

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ANDALOU Ilham DIRAS Pharmacien Matéria T-A N° 85 Marrakech Tel/Fax : 06 24 49 02 30	09/12/21	148,30

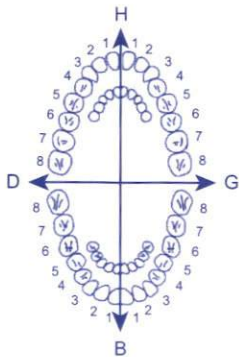
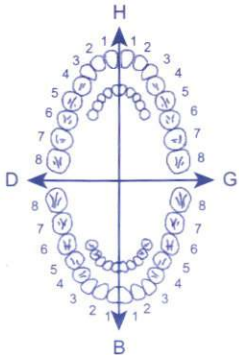
[illegible][illegible]

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 d'hygiène.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												
							FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>											
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

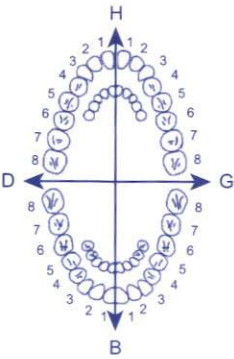
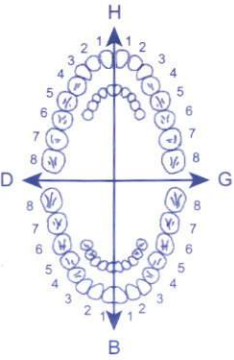
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

au CHU Mohammed VI - Marrakech



بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس براكش سابقا

Le. Og. Bl. L. 1

Chlyeh Raja

११, ५

Inv 8040

1 gel 10 a

34.70

S. Castro

24 18

14,60

Dolipram 1g

148.30 1 er 2 x 1/2 2

LOT:M0579
PER:06/2023
PPU:99.00 DH

Ineso 40 mg
14 Gélules
Deva Pharmaceutique



6 118000 410461

صنع من طرف :
سترات ديڤا للصيدلة
 واجدي صيدلي مسؤول
 147 الطقة الخامسة بـط مكن - الدار البيضاء

S-CORT® 20 mg 
Prednisolone



118000340270

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH) :

Massira 1-A 11° 8'
Tel/Fax : 02 22 22 22 22

Docteur Boub
 fesseur de Traumatologie
 Chirurgie du Sport - Arthroscopie

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