

# 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 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.

M22- 0007734

118985

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00372 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUSSSETTA HALIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.



# 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 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

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.



## Declaration de Maladie

Numéro : W21-700277

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### A

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 00372

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Boussetta Halima

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Assif 'C' n° 319 Marrakech

Tél. 0661208926

Total des frais engagés : 1265.00

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/06/2022

Nom et prénom du malade : Boussetta Halima

Age : 76

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfan

Nature de la maladie : Kyste hydatidé

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 08/06/2022

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-700277

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 00372

Nom de l'adhérent(e) : Boussetta Halima

Total des frais engagés : 1265.00

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
8161-2022	K 10		1000000	INP 2022000140
				INP 2022000140
				INP 2022000140

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie KAMILIA</b> <b>Dr. Bouchra BAGHDAD</b> <b>25 ZI, Lot, Bouamnia - Assif (C)</b> <b>Terrakech</b> <b>30 03 22</b>	08/06/2022	265,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan d'

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدكتورة الشبلي هودى

Dr. CHABLI HOUDA

اختصاصية امراض الجلد

امراض الجلد والشعر والأظافر - جراحة الجلد والشعر والأظافر - طب التجميل - طب الجلد عند الاطفال الامراض النسائية - حساسية الجلد  
خريجة كلية مونبولي (فرنسا) في الاعراض الجلدية للأمراض الباطنية

Spécialiste en Dermatologie

Maladies de la peau, des cheveux et des ongles - Chirurgie dermatologique

Médecine Esthétique - Dermatologie pédiatrique - Maladies sexuellement transmissibles - Allergies cutanées  
Diplômée en Manifestations dermatologiques des Maladies de système de la faculté de Médecine de Montpellier (France)

Le .....

Marrakech, le : 08/06/2022

105,20

boussetta halima

1 - ZIVLOX 400mg ( boite de 7)  
1 cp /j (7j)

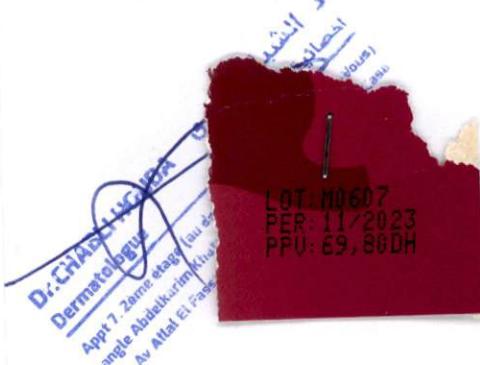
2 - INESO 40mg  
1 gelule/j 1/2h avant le repas

3 - ACTINICA lotion  
20 mins avant exposition au soleil puis chaque 2h

4 - SYSTRAL Creme  
3 fois/J EPAULE

T = 265,00

Pharmacie KAMILIA  
Dr. Bouchra BAGHDAD  
7S-7D, Lot, Bouamra - Assif (C)  
Marrakech  
Tel : 09 24 30 63 22



شقة 7 إقامة رقم 5 ( فوق مقهى Mes Rendez-Vous ) تقاطع عبد الكريم الخطابي (أمام مرجان) شارع علال الفاسي مراكش

Appt 7, 2ème étage (au dessus du café Mes Rendez-Vous), angle Abdelkarim Khatabi en face de Marjane rte de Casa), Av Attal El Fassi, Marrakech  
Tel : 09 24 30 69 39 - Email : houda.chabli@gmail.com



الدكتورة الشبلي هودى

Dr. CHABLI HOUDA

اختصاصية امراض الجلد

أمراض الجلد والشعر والأظافر - جراحة الجلد والشعر والأظافر - طب التجميل - طب الجلد عند الاطفال الامراض التناسلية - حساسية الجلد  
خريجة كلية مونبولي (فرنسا) في الاعراض الجلدية للامراض الباطنية

Spécialiste en Dermatologie

Maladies de la peau, des cheveux et des ongles - Chirurgie dermatologique

Médecine Esthétique - Dermatologie pédiatrique - Maladies sexuellement transmissibles - Allergies cutanées

Diplômée en Manifestations dermatologiques des Maladies de système de la faculté de Médecine de Montpellier (France)

Le .....

Marrakech, le : 08/06/2022

**boussetta halima**

**Compte rendu exerece**

**boussetta halima** a bénéficié ce jour d'un acte de :  
EXERESE KYSTE SEBACE DU CORPS . Acte effectué sous anesthésie locale. Cotation de l'acte : K10. Certificat délivré à l'intéressé (e) pour lui servir et faire valoir ce que de droit.

Dr CHABLI HOUDA  
628 SLMH  
Dr CHABLI HOUDA  
Av. ALLAL EL FASSI, Marrakech  
Appr. 7, angle Abdelkarim Khatabi en face de Marjane rte de Casa  
Tél : 05 24 30 69 39 - Email : houda.chabli@gmail.com

Marrakech, Le : 08/06/2022

**FACTURE N° : 71-2022**

**NOM ET PRENOM :** BOUSSETTA HALIMA

**EXAMENS :** (1) Exérèse de lésion cutanée corps  
(tumeurs bénignes ou malignes,  
kystes)

**ORIGINE :** ASSURANCES

**TOTAL PAYE :** 1000 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
**MILLE DIRHAMS**

**Dr CHABLI Houda**