

# 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° W21-715048

130163  
Ram

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11039

Matricule : 11039 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Mouna

Nom & Prénom : Barmaoui Mouna

Date de naissance : 23/03/1979

Adresse : Unité 10 N° 101 Droumide  
Marrakech

Tél. : 0666412187 Total des frais engagés : 0 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr AIT BADI MY AHMED**  
Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies Systémiques Diabétologie  
Rhumatismes Gastro-entérologie  
Tél : 0524305353 GSM 0661729207

Date de consultation : 21/09/22

Nom et prénom du malade : Barmaoui Mouna

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

Nature de la maladie : Glycémie élevée

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

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 : 21/09/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-715048

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11039

Nom de l'adhérent(e) : Barmaoui Mouna

Total des frais engagés : 435

Date de dépôt : 21/09/22



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
21.06.2019	SS		30000	INP : 07/10/2019 <b>Dr AIT BACHOU</b> Spécialiste en Médecine Interne Maladies Systémiques Diabète Rhumatismes Gastro-entérologie 30 53 63 GSM 06 61 11 11 11

Dr AIT BACHMAÏNE  
Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies Systémiques Diabétologie  
Rhumatismes Gastro-entérologie  
Tél 05 24 30 53 63 GSM 06 61 72 92 07

EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Moment de la Facture			
 <b>Pharmacie Hergich</b> 1209673	21/6/22	 222,20			

PLANTAS DE LA FAUNA  
D. LUCAS BORGES  
RUE N. 101, MAYAGUEZ  
TEL: 844-3031

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

[illegible]

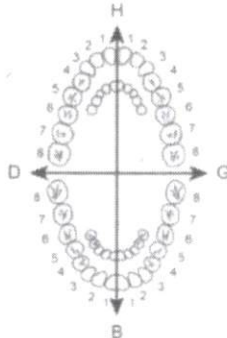
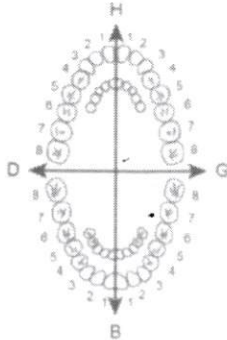
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 de l'ODF.

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT	D'EXECUTION
-------	-------------

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**(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

Dr. AIT BADI MY AHMED

Spécialiste en Médecine Interne



د. أيت بادي مولاي أحمد

اختصاصي في الطب الباطني

أمراض الجهاز الهضمي  
Gastro-entérologie

الروماتيزم  
Rhumatismes

أمراض السكري والغدة الدرقية  
Diabète / Maladies de la Thyroïde

- Ex. Professeur-Facultés de Médecine: Rabat/Marrakech
- Ex. Médecin Militaire : Avicenne / Val-de-Grâce-Paris
- Echographie Générale

- أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط ومراكش
- طبيب عسكري سابق بمستشفى ابن سينا وفال دو كراس
- الفحص بالموجات فوق الصوتية

Marrakech, le : 12-1 JUIN 2022

Mme/Mr. : Barmaki Mouna

3570

Al mago, 5



1 - 0 - 2 net 02 ms

27.00

Dr. Fia



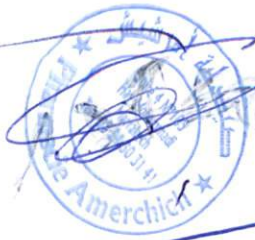
99.00

Net 02 ms

Net 02 ms



Net 10



222.20

Dr. AIT BADI MY AHMED  
Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies systémiques Diabétologie  
Rhumatismes Gastro-entérologie  
Tél: 05 24 30 53 63 GSM 06 61 72 92 07

العمارة 24 - شارع يعقوب المنصور الطابق الأول - رقم 10. (قرب مختبر ماجوريل)

Imm 24 - Av. Yacoub Al Mansour - 1er étage - N° 10. (près du Laboratoire Majorelle)

☎ 05 24 30 53 63

☎ 06 61 72 92 07

**D<sub>3</sub>fix**  
 drops  
 Oral solution drops  
 PRIX: 87,00 PPC

LOT 20-032  
 EXP 09-2024

**Maxitone<sup>®</sup>**  
 Comprimé

Lot: 220223  
 À consommer avant le: 04/2025  
 PPC: 99,50 DH

DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105 213479 1  
 209 113 2024  
 209 113 2024

241520

