

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.

M22- 0049515

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1265

Société :

RAM 16701

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SADDIQI Noureddine

Date de naissance :

08.04.52

Adresse :

Res. AL quataine APP. ATLAS. 1/2
MARRAKECH

Tél. :

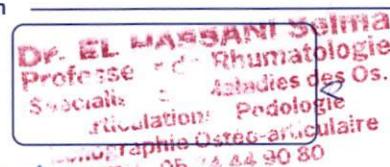
0661376164

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 Avril 2023

Nom et prénom du malade : ZIAD SAMIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite rhumatoïde des mœurs

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 : MARRAKECH Le : 16 JUIN 2023

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.

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
17 AVRI 2023	Clb		3000HT	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DU 17/04/2023 Paiement des actes Radiographie dentaire Télé 02 34 44 90 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/04/23	43792

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
D	00000000	00000000	G	
B	00000000 35533411	11433553		
		</td		

Dr. Selma El Hassani

- Professeur de l'Enseignement Supérieur en Rhumatologie.
- Spécialiste des Maladies des Os, Articulations, Dos, Tendons et Muscles
- Diplômée en Echographie Ostéo-articulaire (Paris)
- Diplômée en Podologie et Acupuncture (Paris)
- Ex-Chef de Service de Rhumatologie du CHU Mohammed VI
- Ex-Directeur de Spécialité de Rhumatologie à la Faculté de Médecine de Marrakech



الدكتورة سلمى الحسني

- أستاذة التعليم العالي في أمراض الروماتيزم.
- اختصاصية في أمراض العظام، المفاصل، العضلات، الأوتار والعمود الفقري.
- اختصاصية في تشخيص أمراض المفاصل بالصدى.
- اختصاصية في أمراض الرجل والوخر بالإبر.
- رئيسة مصلحة أمراض العظام والمفاصل بالمستشفى الجامعي محمد السادس (سابقا).
- مدير التعليم التخصصي لأمراض الروماتيزم بكلية الطب بمراكش (سابقا).

17 Avril 2023

Marrakech, le : في :

22,50

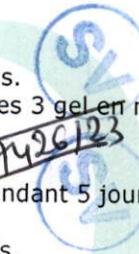
Mme ZIZI SANAA

1 - CEDOL

Un cp deux fois par jour.

Durée du traitement = 10 jours puis un cp si douleur.

283,00



2 - CHONDROSULF 400 mg

Une gel trois fois par jour.

Durée du traitement = 1 mois.

Il y a possibilité de prendre les 3 gel en même temps.

3 - GABLINE 25 mg

Une gélule par jour le soir pendant 5 jours puis passer à u. soir.

Durée du traitement = 1 mois.

437,90



Pr. El Hassani Selma