

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

- Reclamation : 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

M22- 0049507

par *coucou*
Coupon

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1765

Société :

RAM

167811

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SADDIQI Noureddine

Date de naissance :

08.04.52

Adresse :

Res. Al Qantara. Atlas 1/2.

Marakech.

Téléphone :

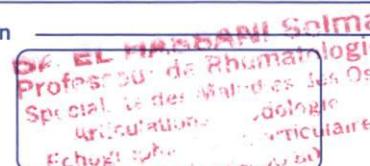
066 1376164

Total des frais engagés :

Dhs

Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01 Mars 2023

Nom et prénom du malade :

ZIAD STARA

Age: 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ZIAD STARA

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) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0049507

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01 Mars 2011	Chs		300 Dhs	Dr EL MASSANI SAMI Professeur de Rhumatologie Spécialiste en maladie arthr. et maladie rhumato. et maladie arthr. et maladie rhumato. et maladie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.03.23	846,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



حسني

ملات، الأوتار

دي.

شفعي الجامعي

بكلية الطب

LOT

P.V.C: 198.00DH

C184
2025-01

CKN 3259-850



REV. 2021/01/C

Marrakech, le :

01 Mars 2023

مراكش، في

169,00

Mme ZIZI SANAA



1 - **DOLICOX 90 mg**

Un cp par jour à midi après repas.

Durée du traitement = 10 jours..

10,60 x 2

2 - **DOLOSTOP 1000 mg Non Effervescent**

Un cp deux fois par jour.

Durée du traitement = 8 jours puis un cp si douleur.

198,00

3 - **NOCICEPTOL**

Une application deux fois par jour sans massage.

Durée du traitement = 20 jours puis à la demande.

188 x 2

4 - **PIASCLEDINE : 300 mg**

Une gel par jour à midi

Durée du traitement = 45 jours.

82,10

5 - **EUZOL 20 mg**

Une gélule par jour le matin à jeun.

Durée du traitement = 14 jours.



LOT : 5523
PER : 12 - 25
P.P.V : 10 DH 60

LOT : 5523
PER : 12 - 25
P.P.V : 10 DH 60

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

846,30



Dr. El HASSANI Selma
Professeur en Os et Maladie
Spécialiste de Rhumatologie
Articulaire et
Echographie
Tél. 0524 449080
0706215285

82,10

Pr. El Hassani Selma

PPV: 169DH00
PER: 10/25
LOT: L3658-2