

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



196179

Par courrier

Déclaration de Maladie

N° W21-828523

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1392

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BAGASSE Mohamed.

Date de naissance :

25. 11. 52.

Adresse :

Mkech . Res. Ferra . 15. Gueliz

Téléphone :

06 00 77 06 53

Total des frais engagés :

804, 40

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

31/12/24

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Bagasse Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Gonorrhée

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Meknès

Le :

11/2/24

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-828523

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

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 Meilleur attesting le Paiement des
31/12/2024	1b		300 DA	INP : 0411538660 Dr. BENTRIS Spécialiste en droit Av. Abdellatif Ben Khemis Bab Ezzouar Tunis - 1000 Tunisie

INP : 0911198660, N° RA
DR. BENZIRI, DRA
Spécialiste en Anesthésie et Rés.
Av. Abdellatif Khat
Boulevard Hassan II, 3, B
Marrakech - Tel. : 0524 88 90

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FLEMING 3 Rue de la Gueliz - 40000 Marrakech Souscription: 144 Kenza Gueliz - Marrakech	31/11/2021	INPE 072073836 504,60

INPE
072073836

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que

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"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	R

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of 100 circles. The grid is centered at the origin (0,0). The vertical axis is labeled 'H' at the top, and the horizontal axis is labeled 'D' on the left. The grid is bounded by the lines $x = 10$, $x = -10$, $y = 10$, and $y = -10$. The grid is filled with circles, with some specific points labeled with numbers (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) and letters (e.g., H, D, B) at the vertices and intersections of the grid lines.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTÉ

Dr. BENDRISS Nora

Spécialiste en Rhumatologie

maladies des os, des articulations, des muscles et de la colonne vertébrale

Ancien médecin du CHU Mohamed VI

et de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech

- Diplôme interuniversitaire de Polyarthrite et maladies systémiques, Faculté de médecine Lille 2 - France
- Diplôme universitaire en Echographie ostéo articulaire

الدكتورة بن دريس نورا

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام، المفاصل والعمود الفقري

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس

وبمستشفى ابن طفيل بمراكش

• دبلوم جامعي في النهاب المفاصل

وأمراض الجهازية بكلية الطب ليل 2 - فرنسا

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

M : Marrakech le, 31/01/2024

Mme BAGASSE Hafida

139.00
139.00 x 2
**DONA POUDRE POUR SOLUTION ORAL 1500 MG BOITE DE 30
SACHETS**

1 Sachet le midi au cours du repas pendant 3 mois

61.20 x 2
CLOFENE CREME

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 30 jours

63.90 **FLAMIX COMPRIME 15 MG BOITE DE 14**

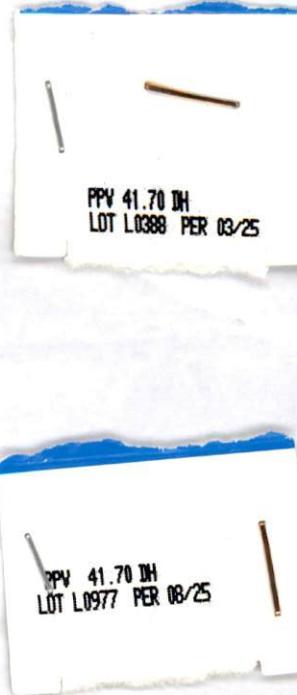
1 Comprimé le soir après le repas pendant 14 jours

82.40 **RACIPER 20**

1 Gel le matin avant le repas pendant 14 jours

504.00

Dr. BENDRISS
Spécialiste en Rhumatologie
Av. Abdelkarim Khattabi
El Mouhendez, Appt. N°3 Bloc C 1er étage, Guéliz Marrakech
Tél: 05 24 43 88 99
Fax: 05 24 43 88 99





1500 mg

Lot N°: 2206252

EXP: 11-2025

PPV: 139,00 DH



1500 mg

Lot N°: 2206252

EXP: 11-2025

PPV: 139,00 DH