

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-828523

196179 *Payé*

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **1392** Société : **R.A.M**

Matricule : **1392**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BAGASSE Mohamed**

Date de naissance : **25.11.52**

Adresse : **Mkech. Res. Terra. 15. Gueliz**

Téléphone : **0600770653** Total des frais engagés : **804,40**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **MUPRAS**

Date de consultation : **11/2/24**

Nom et prénom du malade : **Bagasse Mohamed**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint(e)

Nature de la maladie : **Gonarthrose**

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 médecin conseil de la Mutuelle.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

Fait à : **Mkech**

Signature de l'adhérent(e) : **11/2/24**

Le :

VOLET ADHERENT

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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
31/1/2024	Lb		300 DA	INP: 071198660 Dr. BEN RACHA Spécialiste en Rhum Av. Abdelhak Khar 38, Hendz Apt. 3, B. Tél: 052

INP: 0744598660

Dr. BEN-ROU
Spécialiste en Traumatologie
Av. Aboultoukh
El-Mahendiz Apt. 3, B.
Mokracoon - Tel: 05 2 88 99

DR. A. B. RA
Chirurgie
en Rés.
C. Gualiz
05 2 88 99

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FLEMING Dr. LA... 3 Rez de ch... Italia Kenza Gueliz - Mar...	31/11/2024 INPE 072072826	504,60 Pharmacie FLEMING Dr. LA... 3 Rez de ch... Italia Kenza Gueliz - Mar...

INPE
072073836

[illegible]

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

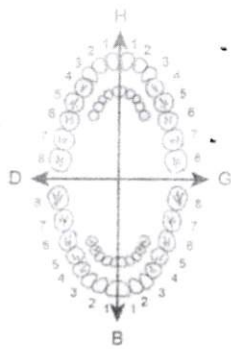
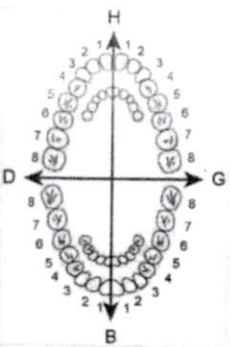
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTE

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 نورة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام، المفاصل والعمود الفقري

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس

وبمستشفى ابن طفيل بمراكش

• دبلوم جامعي في التهاب المفاصل

والأمراض الجهازية بكلية الطب ليل 2 - فرنسا

• دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

Marrakech le, 31/01/2024

M : Mme BAGASSE Hafida

139,20 x 2
DONA POWDRE POUR SOLUTION ORAL 1500 MG BOITE DE 30 SACHETS

1 Sachet le midi au cours du repas pendant 3 mois

41,20 x 2
CLOFENE CREME

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

60,90
FLAMIX COMPRIME 15 MG BOITE DE 14

82,40
1 Comprimé le soir après le repas pendant 14 jours

RACIPER 20

504,40
1 Gel le matin avant le repas pendant 14 jours

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

FLAMIX[®] 15 mg
14 comprimés

LOT 224714
EXP 11/24
PPV 60DH90

FLAMIX[®] 15 mg
14 comprimés

6 118000 071648

14 comprimés Voie orale

FLAMIX[®]

LOT 224714
EXP 11/24
PPV 60DH90

FLAMIX[®]

PPV: 82,10 DH
CODE No.: HP/DRUGS/MNB952

PPV 41.70 DH
LOT L0388 PER 03/25

PPV 41.70 DH
LOT L0977 PER 08/25



Lot N° : 2206252

EXP : 11-2025

PPV : 139,00 DH



Lot N° : 2206252

EXP : 11-2025

PPV : 139,00 DH