

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-600564

53859

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1392 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHASSE AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 337,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires				
	Détermination du coefficient masticatoire			
	H			
	D			
	G			
		(Création, Remont, adjonction)		
		Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-135964	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-135964

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		
Fonction :	Phones	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>Bihmaten Hafida</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>1962</u>	Date <u>01/12/20</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>douleur de l'épaule</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<u>Non</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CS1</u>	<u>02</u>	<u>25000</u>
PHARMACIE	Date <u>11/12/2020</u>	
Montant de la facture	<u>87,30</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires		

Docteur Roubker ESSADKI
 Professeur de Traumatologie - Orthopédie
 Chirurgie du Sport - Arthroscopie
 Résidence: Royal Air Maroc, 1er Etage
 N°3 Guem' - Marrakech - Tél: 05 24 43 86 80
 Urgences 24h - Fax: 05 24 43 86 80
 071084162

Docteur Boubker ESSADKI

Professeur de Traumatologie - Orthopédie

Diplômé en Chirurgie du sport

Ex. enseignant à la faculté de médecine - Marrakech

Ex. chef de service de Traumatologie Orthopédie

au CHU Mohammed VI - Marrakech



الدكتور الصديقي بوبكر

أستاذ تقويم وجراحة العظام والمفاصل

دبلوم جراحة الرياضيين

أستاذ بكلية الطب براكش سابقا

رئيس مصلحة جراحة العظام والمفاصل

بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس براكش سابقا

Docteur Boubker ESSADKI
Professeur de Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie du Sport Arthroscopie
Rue Liban, résidence AMITAF, n°3, 1er étage.
Marrakech - Tél / Fax : 05.24.43.86.80
06.60.45.66.46
INP 071084362
ICE 00161550500034

Les 01.12.20

Bismouten hafida

1. S. cort 20:

3h, 20

24 j x 10 j apris rg

4 h

2. Omi E (boite 14):

19 j x 14 j avant rg

3h, 20

3. Delostap 19:

8 j x 14 j

24 j x 10 j apris rg

Pharmacie FLEMING

Docteur Boubker ESSADKI
Professeur de Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie du Sport Arthroscopie

Rue Liban, résidence AMITAF, n°3, 1er étage. (près de l'Hotel Majestic et du Centre Américain)

40000 Marrakech - MAROC - Tél. / Fax : 05.24.43.86.80 / 06.60.45.66.46

ou Clinique Grand Atlas - Tél : 05.24.39.39.00

TP : 45100084 - INP : 071084362 - ICE : 00161550500034

LOT N°: —

UT. AV:

PPV (DH): 0 1 2 3
0 4 7 2 8
3 4 . 7 9

34,70

10,60

42,00