

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

M22- 0022800

137393

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 2146 Société : RATN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUSSANE Lahouasne

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : 1037 BELBAKARI DAoudiat

710 Corrokech

Tél. : 05 14 759143 Total des frais engagés : ..... Dhs

Dr. Amina EL KHADIRI  
CARDIOLOGUE  
Enfants & Adultes

Angle Bd My Abdellah Av. 11 Janvier 1956  
Aswak Salam Bab Doukkala N° 7 - Marrakech  
Tél. : 05 24 42 06 60 - GSM : 06 61 21 80 84

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/9/2023

Nom et prénom du malade : MOUSSANE Lahouasne Age : 1962

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTN

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Arteriosclerose di Hore

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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) : MOUSSANE Lahouasne

8

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/01/2022	CD		ANNEE 50 - MARS 2022 TARIQ AL KHADIRI DENTISTE - CHIRURGIEN DENTAIRE EMANIS - C. A. G. D. O. T. O. G. U. S. Anis Salam - Abdellah Al Khadiri - Jawher Tél : 05 24 42 06 60 - GSM : 06 61 11 11 11	000 000

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BELBAKKAR</b> Dr. Amal BEN ZAOUIA KABBAJ Docteur en PHARMACIE 264, Hay BELBAKKAR 40070 MARRAKECH Tél : 05 24 31 47 94	11/01/2022	<b>PHARMACIE BELBAKKAR</b> Dr. Amal BEN ZAOUIA KABBAJ Docteur en PHARMACIE 264, Hay BELBAKKAR 40070 MARRAKECH Tél : 05 24 31 47 94

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

lahoussine

noujjane

..... M / F

Age: .....

..... cm / ..... kg

FC: 53/min

Axes:

P 54 °

QRS 55 °

T 40 °

Intervalle:

RR 1134 ms

P 110 ms

PQ 168 ms

P (II) 0.09 mV

QRS 124 ms

S (V1) -0.39 mV

QT 464 ms

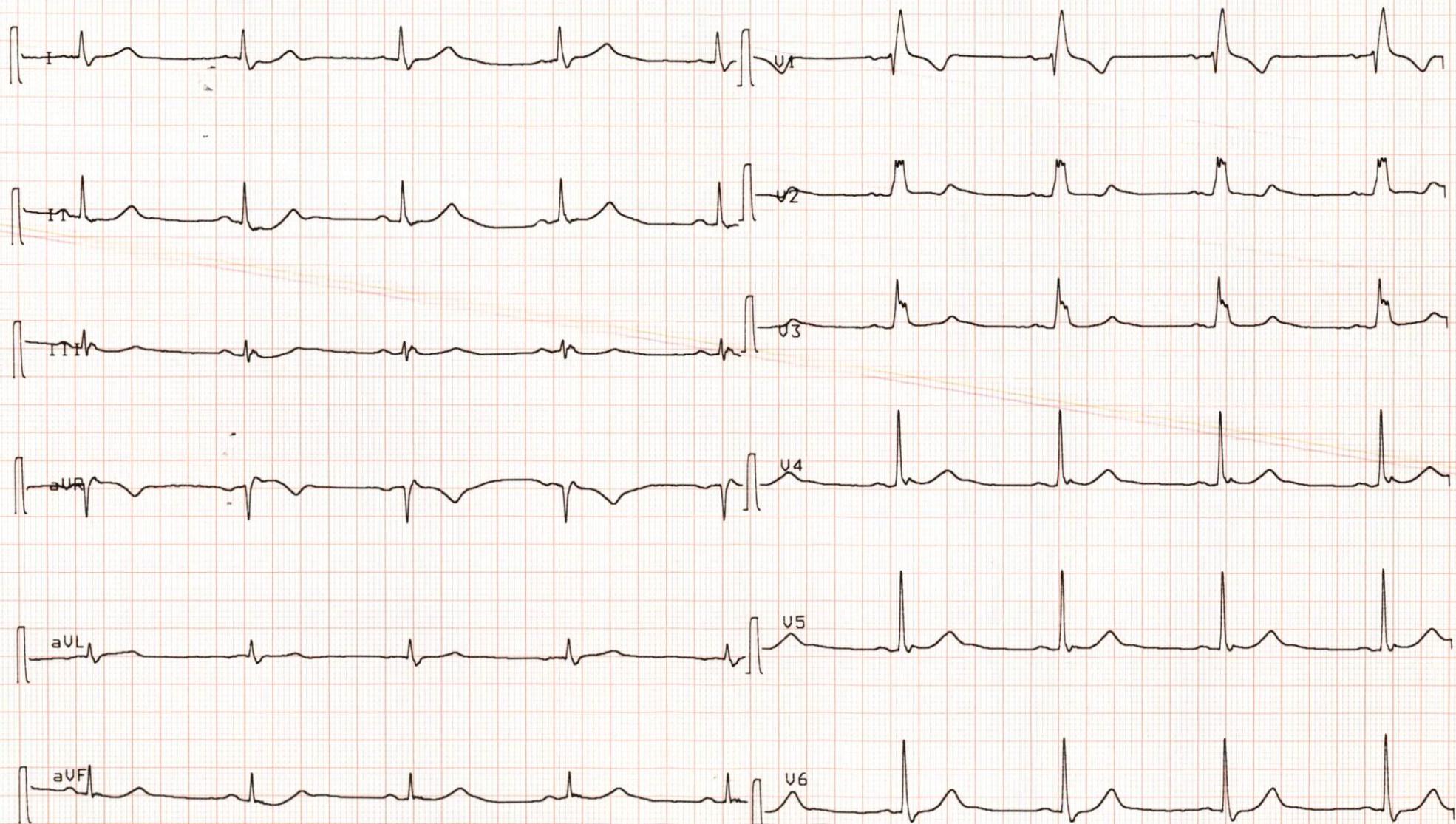
R (V5) 1.58 mV

QTC 438 ms

Sokol. 1.97 mV

10 mm/mV

Brech und e'  
HBA 80  
+ BB DC.



25 mm/s

0.05-35Hz F50 S5F SBS SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

Me 07-SEP-22 10:55:23 C€0044

LOTID 725

Dr EL KHADIRI AMINA

AT-102 1.37 Mm

**Dr Amina EL KHADIRI.**  
Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux.  
Enfants et adultes.

**Facture : 021816/2022**

**INPE : 101100071**

**Nom : MOUJJANE**

**Prénom :Lahoussine**

**Je soussignée,**

Dr. Amina EL KHADIRI  
CARDIOLOGUE  
Enfants & Adultes  
Angle Bd. My Abdellah Av. 11 Janvier Im.  
Aswak Salam Bab Doukkala N° 7 - Marrakech  
Tél : 05 24 42 06 60 - GSM : 06 61 21 80 84

Certifie avoir reçu 250 ,00Dh pour un ECG réalisée le : 07 /09/2022

Dr. Amina EL KHADIRI  
CARDIOLOGUE  
Enfants & Adultes  
Angle Bd. My Abdellah Av. 11 Janvier Im.  
Aswak Salam Bab Doukkala N° 7 - Marrakech  
Tél : 05 24 42 06 60 - GSM : 06 61 21 80 84

Le 7/03/22

**Facture N° 15**

M: ~~N.W. 1/4 sec. 17, township~~

Quantité	Désignation	P.Unit.	P. Total
6	EDFORGC 5/80 ml	155 ml	1100
6	JJ 018 10 ml 180	180 ml	56680
2	ASY 022 100	100 ml	19680
			264 Hay BELBAKKAR 0070 MATERKECH Tél : 05 24 51 47 84
			11818000
			PHARMACIE BELBAKKAR Dr. Amal BEN ZACHAII KABDAJ Docteur en PHARMACIE 264, Hay BELBAKKAR 0070 MATERKECH Tél : 05 24 51 47 84

**Dr. Amina EL KHADIRI**

Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux

Enfants & Adultes

Echocardiographie (ETT & ETO) - Holter Tensionnel

Holter rythmique - Epreuve d'effort

Ex-attachée au C.H.U. de Rabat Hôpital Ibn Sina



**الدكتورة آمنة الخادري**

مُخصّصة في أمراض القلب والشرايين

أطفال - كبار

الفحص بالصدى الصوتي - قياس دقات القلب

و الضغط الدموي على المدى الطويل

امتحان الجهد

ملحقة سابقاً بمستشفى ابن سينا بالرباط

Marrakech, le : ..... Dr. 9 2022 مراكش، في .....

Dr. Amina EL KHADIRI  
CARDIOLOGUE  
Enfants & Adultes  
Angle Bd. My Abdellah Av. 11 Janvier Im.  
Aswak Salam Bab Doukkala N° 7, Marrakech  
Tel.: 05 24 42 06 60 - GSM: 06 61 21 80 84

La koveling

① FaForge 5/80mg



1 CP 1 j le s/j

5F80 X 6

**PHARMACIE BELBAKKAN**

Dr. Amal BEN YAOUHA KABBAB

Docteur en PHARMACIE

264, Haj BELBAKKAN 40070 MARRAKECH

Tél: 05 24 31 47 94

②

L 5KVD

1 CP 1 j le s/j

BELBAKKAN  
Pharmacie  
etudi en PHARMACIE  
AKBAR 40070 MARRAKECH  
Tél: 05 24 31 47 94

③

Se. 100 mg

100 mg

G de J

1 CP 150 mg

Se. 100 mg

G de J

Rendez-vous :

زالية مع مولاي عبد الله وشارع باب دكالة رقم 7 - مراكش - الهاتف : 05 24 42 06 60

Angle Bd. My Abdellah, Av. 11 Janvier Aswak Salam Bab doukkala N° 7 1er Etage - Marrakech - Tél : 05 24 42 06 60

