

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 canalaire, 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 canalaire.

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

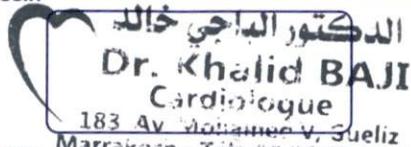
Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	4748	Société :	AS8628
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DOUTABAAT CHAKIB
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		30-04-1956	
Adresse :		LOT N° 1551 INMG APP 4 DANEKE ELH	
Tél. :		0664170568	Total des frais engagés : 1381,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 AVR 2023

Nom et prénom du malade : DOUTABAAT Chakib Age: 66ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA DIABETE

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 : 12/04/2023

Signature de l'adhérent[e] :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M20-01732

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 : 4748
Nom de l'adhérent[e] : DOUTABAAT
Total des frais engagés : 1381,80
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
2 AVR. 2023	65+ECG	1	300,00	Dr. BAMI KHAIR Cardiologue 183 Av Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 18 INPE 01/03/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. A. El Hassi PHARMACIE AL QUODS BENABDERRAZIK Abdellah Av. Allal El Hassi - Marrakech Tél/Fax: 05 24 26 10 00	12/04/2023	1.081,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

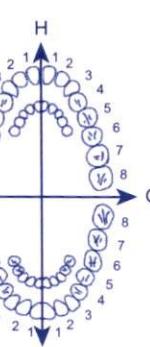
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice



الدكتور الباقي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بنيني بفرنسا

ICE : 0016701980051

IP : 071017347

Marrakech, le مراكش، في

mercredi 12 avril 2023

Mr DOUTABAA CHAKIB

1 - TAREG 160

1 cp le matin



QSP SIX MOIS

180,30
à 6
1081,80



صيدلية القدس
PHARMACIE AL QUODS
BENABDERRACH - Abdellah
Av. Allal El Fassi - Marrakech
Tel/Fax : 05 24 30 82 94

Dr. BAJI Khalid
Cardiologist
183 Av. Mohamed V
Marrakech - Tel: 05 24 43 88 18

183, Av. Mohamed V - Guéliz - N

الهاتف : 05 24 43 88 18

183، شارع محمد الخامس

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom : DOUTABAâ CHAKIB

Matricule : 4748 **N° CIN :** B335721

Adresse : LOT N° 851 TMO 9 APP 4 MARRAKECH

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne : Dr BAJI KHALID **Spécialité :** CARDIOLOGUE

N° ICE : 00 167019 800 51 **N° INPE :** 071017 347

Certifie que Mlle, Mme, M. : DOUTABAâ CHAKIB

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA CRATIQUE II

Dont ci-joint ordonnance :
Traitements prescrits : TAPEGABA

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : Marrakech **le** 12 AVR. 2023

Cachet et signature du médecin traitant :


*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées