

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- ☐ Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- ☐ Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0001734

188 663

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4748 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....


Nom & Prénom : DOUTABAA CHAKIB

Date de naissance : 30-04-1956

Adresse : Wissam El Fassi 1 JMG APPY  
AVL ALAL EL FASSI Marrakech

Tél. : 0664170568 Total des frais engagés : 1903,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : DOUTABAA CHAKIB Age : .....

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

Nature de la maladie : cardiopathie ischémique

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 : Marrakech Le : 18/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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
11/12/23	CS	6		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2023	1903,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

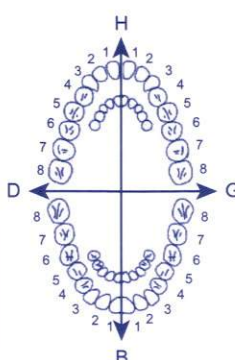
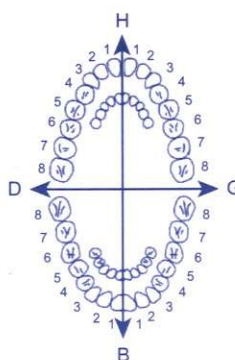
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez 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 <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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE  
LE MARRAKECH

مصحة  
مراكش

Marrakech, le : 18.12.2023

Mr Deutabaa Chakib

918,00

1) Bileque 90 — 18/12/23 07529

18 Nat. 18 Sh

27.70

2) Cido-Asme 100 —

208.00

18 Rich

صيدلية المصطفى  
PHARMACIE MOUTDALIFA  
BL Mouddalifa, Institut Clinique  
Imm. A 9 N° 3-1, Marrakech  
Tel: 05 24 39 65 60

3) Taher 80 — 1868

140,00

4) Ochs 40 — 18 Nat

112,50

5) Vast 80 — 18 Nat

77.80

6) Corleone 10 — 18 Nat

419,00

7) Zedex 10 — 18 Nat

1903,00

CLINIQUE  
LE MARRAKECH

DEBELARGENE RYASIS  
Cardiologue Interventionnel  
IMPE : 071252084  
CLINIQUE LE MARRAKECH  
Marrakech menara Marrakech  
GSM: 06 66 67 50 67 Tel: 05 24 39 65 60

Quartier Masmoudi Targa Zdaghia, 40000 Marrakech - Maroc

05 24 39 65 65 05 24 39 65 60

Consultation et prises de rendez-vous : 05 24 39 65 60

★ Urgences 24/24 : 05 24 39 65 00

IF : 15186202 - TP : 46223231 CNSS : 4711827 - ICE : 001685287000048

www.clinique-le-marrakech.ma

في المصطفى  
05 24 39 65 60 05 24 39 65 66

05 24 39 65 60 05 24 39 65 60

05 24 39 65 60 05 24 39 65 60

05 24 39 65 60 05 24 39 65 60

05 24 39 65 60 05 24 39 65 60

05 24 39 65 60 05 24 39 65 60

05 24 39 65 60 05 24 39 65 60



Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
BRILIQUE 90 MG CP PELL  
B60

PPV : 918,00 DH

6 118001 184583

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,00 DH

Bayco S.A.

6 118001 090280

PPV: 208DH00

6 118001 170807

LOT 221076

EXP 11/2024

PPV 140.00DH

112,50

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi.  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH