

## 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 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 Alal Ben Abdellah - 1<sup>er</sup> étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° D : N° W19-504117  
13692

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 946 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : chafik FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0658 23816 Total des frais engagés : Dhs

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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																					
				<b>Coefficient des travaux</b>																				
				<b>Montant des soins</b>																				
				<b>Début d'exécution</b>																				
				<b>Fin d'exécution</b>																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				<b>Montant des soins</b>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>																					
			<b>Fin d'exécution</b>																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N° <b>P 17 / 046565</b>		
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		



P 17 / 046565

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	Signature de l'adherent	
Nom & Prénom <i>Chafik Fatima</i>				
Fonction	Phones <i>06, 58, 03, 38, 16</i>			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	
Nature de la maladie		Date <b>19 DEC. 2019</b>		
		Date 1ère visite		
<i>HTA</i>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
<i>HTA</i>				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>5 + ECC</i>	<i>1</i>	<i>300,00</i>		
PHARMACIE	Date <i>19/12/19</i>		Signature du pharmacien	
Montant de la facture				
<i>1089,00</i>				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV



# Dr. BAJI Khalid

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

# الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين  
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

Marrakech, le ..... في مراكش،  
jeudi 19 décembre 2019

Mme CHAFIQ FATIMA

1 - ATACAND 16

1 cp à 21 H

QSP SIX MOIS

2 - BELMAZOL 20

1 gel. au coucher

صيدلية المزلفة  
PHARMACIE MOULZDALIFA  
BL. Mohammed V - Guéliz - Sinto  
Imm. 431P - Marrakech  
Tél. 05 24 43 88 18

الدكتور الباجي خالد  
Dr. Khalid BAJI  
Cardiologue  
183 Av. Mohamed V - Guéliz  
Marrakech - Tél. 05 24 43 88 18



SYNTHEMEDIC  
22 rue Soubeyr bnou al soum roches  
noires catalanica  
ATACAND  
16 mg Cpr séc  
Bte de 30  
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH  
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC  
22 rue Soubeyr bnou al soum roches  
noires catalanica  
ATACAND  
16 mg Cpr séc  
Bte de 30  
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH  
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC  
22 rue Soubeyr bnou al soum roches  
noires catalanica  
ATACAND  
16 mg Cpr séc  
Bte de 30  
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH  
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC  
22 rue Soubeyr bnou al soum roches  
noires catalanica  
ATACAND  
16 mg Cpr séc  
Bte de 30  
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH  
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC  
22 rue Soubeyr bnou al soum roches  
noires catalanica  
ATACAND  
16 mg Cpr séc  
Bte de 30  
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH  
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC  
22 rue Soubeyr bnou al soum roches  
noires catalanica  
ATACAND  
16 mg Cpr séc  
Bte de 30  
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH  
6 118001 020546

LOT :

EXP :

PPV :

96,00