

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.



Declaration de Maladie

N° W19-571880

NID: 52374

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00372

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Boussetta Halima

Date de naissance :

01/01/1946

Adresse :

Assy - 319
Morrokan

Tél :

0661208926

Total des frais engagés :

#1242,10#

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/12/2020

Nom et prénom du malade :

Boussetta Halima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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'at. 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 :

Marrakech

Le :

01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-571880

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

00372

Nom de l'adhérent(e) :

Boussetta

Total des frais engagés :

#1242,10#

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.

[illegible]

SARA DILAI
Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/12/2022	99210

Pharmacie KANGA
Dr. Bouchra BAGHDADI
78-79, Loc. HARTOUCH 12
Tél. 01 44 14 44 12

L.N.P.E
072035983

[illegible][illegible]

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

Dents
Traitées

Nature des Soins	
------------------	--

Coefficient:

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

I

255334

2 | 21433552

D

1	00000000	
2	00000000	
3	00000000	
4	00000000	
5	00000000	
6	00000000	
7	00000000	
8	00000000	
9	00000000	
10	00000000	
11	00000000	
12	00000000	
13	00000000	
14	00000000	
15	00000000	
16	00000000	
17	00000000	
18	00000000	
19	00000000	
20	00000000	
21	00000000	
22	00000000	
23	00000000	
24	00000000	
25	00000000	
26	00000000	
27	00000000	
28	00000000	
29	00000000	
30	00000000	
31	00000000	
32	00000000	
33	00000000	
34	00000000	
35	00000000	
36	00000000	
37	00000000	
38	00000000	
39	00000000	
40	00000000	
41	00000000	
42	00000000	
43	00000000	
44	00000000	
45	00000000	
46	00000000	
47	00000000	
48	00000000	
49	00000000	
50	00000000	
51	00000000	
52	00000000	
53	00000000	
54	00000000	
55	00000000	
56	00000000	
57	00000000	
58	00000000	
59	00000000	
60	00000000	
61	00000000	
62	00000000	
63	00000000	
64	00000000	
65	00000000	
66	00000000	
67	00000000	
68	00000000	
69	00000000	
70	00000000	
71	00000000	
72	00000000	
73	00000000	
74	00000000	
75	00000000	
76	00000000	
77	00000000	
78	00000000	
79	00000000	
80	00000000	
81	00000000	
82	00000000	
83	00000000	
84	00000000	
85	00000000	
86	00000000	
87	00000000	
88	00000000	
89	00000000	
90	00000000	
91	00000000	
92	00000000	
93	00000000	
94	00000000	
95	00000000	
96	00000000	
97	00000000	
98	00000000	
99	00000000	
100	00000000	

000000
355334

0	00000000
1	11433552

目

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. DILAI SARA

Spécialiste des maladies du Cœur
et des vaisseaux

- Echocardiographie doppler
- Holter tensionnel
- Holter Rythmique
- Epreuve d'effort

الدكتورة ديلالي سارة

إختصاصية في أمراض القلب
والشرايين

- الفحص بالصدى الصوتي
- قياس دقات القلب والضغط الدموي على المدى الطويل
- إمتحان الجهد

Marrakeh, le :

01/12/2020

M^{me} Bouissetta Halima

Dr. SARA DILAI
Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Appt n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi
et Abdelkarim El Khattabi - Marrakech
Tél / Fax : 05 24 291 293

Debutiel

1/2 y 4

Bi-mekma

5/1/25

No-lip 10mg

1 y 4

Dr. SARA DILAI

Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Appt n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi
et Abdelkarim El Khattabi - Marrakech
Tél / Fax : 05 24 291 293

عمارة رقم 5، شقة 1، زاوية غلال الفاسي وعبد الكريم الخطابي (فوق مقهى) - مراكش

Appt. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi et Abdelkarim El Khattabi (au dessous café mes rendez vous) - Marrakech

Tél./Fax : 0524 291 293 - E-mail : dr.s.dilal@gmail.com

Lot n° :

EXP :

PPV :

157,10

Lot n° :

EXP :

PPV :

157,10

Lot n° :

EXP :

PPV :

157,10

125,60

125,60

125,60

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 18001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 18001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma