

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.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-571844

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Boussetta Holima

Matricule : 00372

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Boussetta Holima

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Assil C/NE 319

Tél. : 0661 208926 Total des frais engagés : #1341,64

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 / 02 / 21

Nom et prénom du malade : Boussetta Holima

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : 75

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Dyslipidémie

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-571844

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 : 1341,64

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
27/02/21	CN	CNV	250 DH	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. SARA DILAI Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux </div>

27/02/21	CN	culv	250 DH	INDN	SARA DILAI
----------	----	------	--------	------	------------

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KAMILIA Dr. Boudjira BACHOUAD 67010, Bouamina - Assif (C) Marrakech Tél: 05 34 39 63 22	27 02 2021	1084.10

Pharmacie KAMILIA
Dr. Bouchra BACHOUAD
670, Lx, Bouamina - Assif (C
Marrakech
Tél : 05 24 30 63 22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDADI 78-70, Lm. Bouanina - Assif (C) Marrakech Tél : 05 24 30 63 22 I. N. P. F.			Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDADI 78-70, Lm. Bouanina - Assif (C) Marrakech Tél : 05 24 30 63 22

Pharmacie KAMIE
Dr. Bouchra BAGHDADI
78-79, Lot, Bouanina - Assi
Marrakech
Tél : 05 24 30 63/22

[illegible]

VOLET ADHERENT

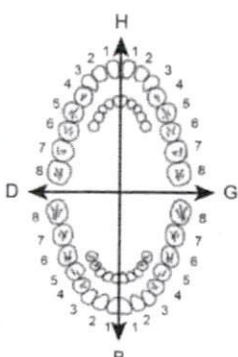
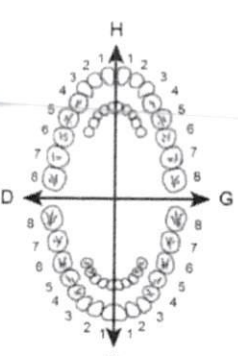
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d'

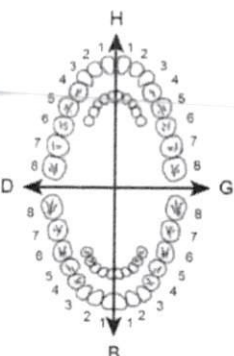
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>												
				MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>												
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>												
				FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>												
			DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>													

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 d

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
 <p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 from the center (midline) outwards on each side.</p>	H	G	Coefficient des Travaux
	D	B	Montants des Soins
	25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B		Date du devis
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. DILAI SARA

**Spécialiste des maladies du Cœur
et des vaisseaux**

- Echocardiographie doppler
- Holter tensionnel
- Holter Rythmique
- Preuve 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 :

27/02/21

11 me Bousselka Halim

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

Appt. N° 1
et A...

Bi-pretens 5/1, 25

Box 14 y. 6 y. 6 y. 6 y.

Pharmacie KAMILIA
Dr. Bouhira BACHIDJ
72-70, Lm, Boulamina - Assif
Marrakech
Tél : 05 24 30 63 22

Debutiel 10 y

7200 x3 1/2 y 6 y 6 y 6 y

No-lip 10 y

1 y 6 y 6 y 6 y

3 mo

157.10 x3
1064.10

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

Appt. N° 1
et A...

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

125,60

125,60

125,60

Lot n° :

EXP :

PPV :

157,10

Lot n° :

EXP :

PPV :

157,10

Lot n° :

EXP :

PPV :

157,10

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236