

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 caractére personnel.



Maladie

Dentaire Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00372 Société : Boussette Halima RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Boussette Halima

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Assif C 118 319 m Marrakech

Tél. 0661 208926 Total des frais engagés : # 134.110.44

Cadre réservé au Médecin : Dr SARA DILAI
Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Cachet du médecin : Appr. Mme Dr SARA DILAI

Date de consultation : 27/02/21

Nom et prénom du malade : Boussette Halima Age : 75

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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'at

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

N° W19-571844

63370

Boussette Halima

RAM

VOLET ADHÉRENT

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) : Boussette

Total des frais engagés : 134.110.44

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/01/21	C.N	CWF	250 DHs	INP : [REDACTED] Dr. SARA DILAI Spécialiste des maladies des vaisseaux du cœur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDAD 7870, Le Bouanina - Assif (C) Marakech Tél : 05 24 30 63 22	21/01/21	1064.10

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDAD 7870, Le Bouanina - Assif (C) Marakech Tél : 05 24 30 63 22	21/01/21	Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDAD 7870, Le Bouanina - Assif (C) Marakech Tél : 05 24 30 63 22	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



- Echocardiographie doppler
- Holter téisionnel
- Holter Rythmique
- Preuve d'effort

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

Marrakech, le :

27/02/21

Hme Boussetta Hafsa Dr SARA DILAI
Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Appt. N° 1
et A...
Tél : 0524 291 293
Fax : 0524 291 293
e-mail : dr.s.dilai@gmail.com

Bi-premna 5/1,25

5.

12 Box 3 1/2 kg. Hafsa

Charmacie KAMILA
Dr. Boussetta BAGHDADI
7870, L... Bouamra Assif
MARRAKESH
Tél : 0524 3063 22

Dekewiel 10kg

200 43. 1/2 kg. V. Hafsa

M

No-lip 10kg

S. V. 6.

X
3 kg

157.10 X3

1064.10

Dr SARA DILAI
Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Appt. N° 1

عملة رقم 15 شقة 1 زاوية علال الفاسي وعبد الكريم الخطابي (فوق مقهى vous) - 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.dilai@gmail.com

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

78621602361