

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

- Reclamation : 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° 09-88 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-623709

70785

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 2770 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KILLOU HASSAN

Date de naissance 01/04/1956

Adresse : LOT SOCOM 2 151345 MARRAKECH

Tél. 06 66 78 15 20 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation 08 AVR. 2021

Nom et prénom du malade : AIT MAHMOUD MIHA Age: 56

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

Nature de la maladie : PULMONITE

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 : 11/05/2021

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
08 AVR. 2021	<p>IP: 071017347</p> <p>Dr. Khalid B. JI</p> <p>183 Av. Monnier V. G. 07</p> <p>Marrakech - Tel: 05 24 43 88 18</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Jasmin</p> <p>N° 1139 SOCOMA - Marrakech</p> <p>Tél: 05 24 48 41 62</p>	02/04/21	1000

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OCF.</p>																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>C</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	C	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	C														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
				MONTANTS DES SOINS []												
				DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BAJI Khalid

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

ICE : 0016701980051

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

IP : 071017347

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Marrakech, le 08 AVR 2021 في مراكش،

M^r MT MAH SOUR HINA

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

20.00

2.00 SINTROM 400



100.00

3/4 4 1/2

→ 7 fois / mois

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Pharmacie Jasmin
N°1139 SOCOMA - Marrakech
Tél : 05 24 49 41 62

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

183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech 183. شارع محمد الخامس جليلز مراكش

الهاتف : 05 24 43 88 18

AIT MANSOUR

MINA

33616/20

01.05.1964 Féminin

56 ans

..... cm / 68 kg

128/78 mmHg

FC 67/min

Intervalles

RR 890 ms

P 82 ms

PR 114 ms

QRS 86 ms

QT 418 ms

QTC 445 ms

(Bazett)

Axes :

P -44 °

QRS 1 °

T -13 °

P (II) -0.06 mV

S (V1) -0.08 mV

R (V5) 0.63 mV

Sokol. 1.24 mV

