

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-633954

73493

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 5098			
Société : RAN Cite			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABDERAITIN Abdellah
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 19/05/1950			
Adresse : Ferme 7zin IDRISI Douar BOUCHAREB TARGA Marrakech			
Tél. : 06 73 77 97 81 Total des frais engagés : 853,40 Dhs Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr. Khalid BAJI Cardiologue 183 Av. Monamec V. Gueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 18		
Date de consultation :	28 MAI 2021		
Nom et prénom du malade :	ABDERAITIN ABDELLAH Age: 71		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Insuffisance cardiaque		
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 : Marrakech Le : 31/05/2021
Signature de l'adhérent(e) :

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 : Marrakech Le : 31/05/2021
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
28 MAI 2021	5 TCC	1	300,00	INP : IP ; 071017347 دكتور الباجو خالد Dr. Khalid B Cardiologue

INPI : IP : 071017347

INP : 1F / 071017347
الدكتور الماجي خالد
Dr. Khalid BAJJI
Cardiologue
183 Av Monameur V, Gueliz
Marrakech - Tel. 05 44 13 99 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE SIDI DAOUD r. EL OUIDANI Aicha 24, Douar Sidi Daoud Targa Marrakech 24 34 18 77	28/05/2021	853,40

PHARMACIE SIDI DAOUD
Dr. EL OUIJDANI Aicha
24, Douar Sidi Daoud Tafraou
Marrakech
Fax : 05 24 34 18 77

Tél/Fax ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICALIX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

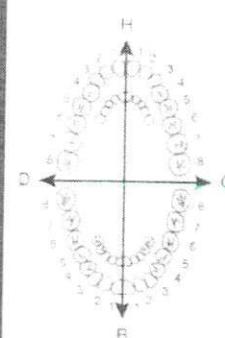
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

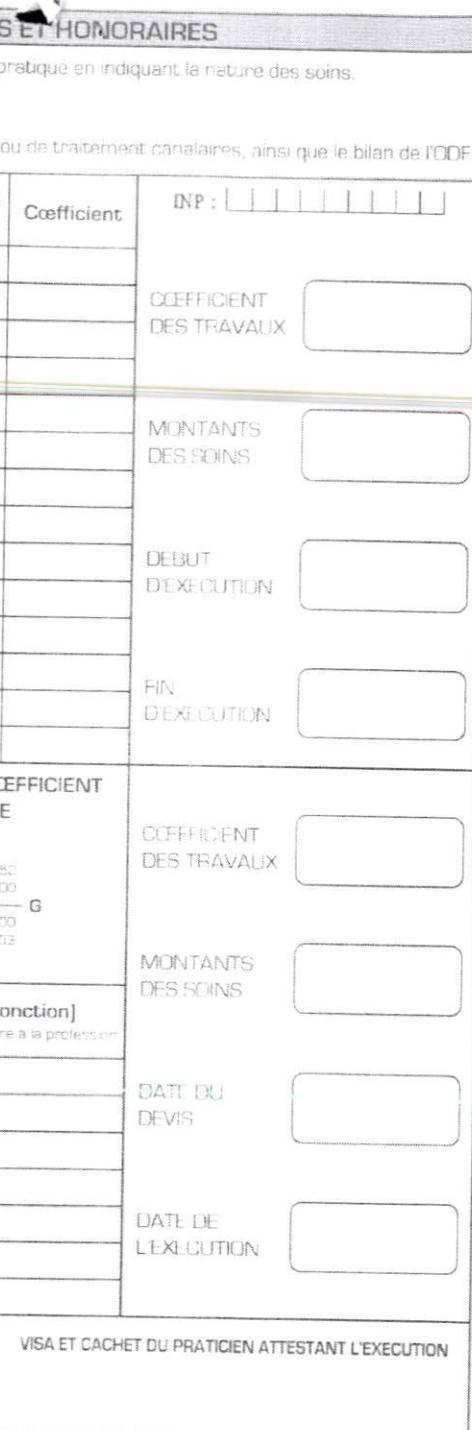
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433493

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



Dr. BAJI Khalid

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

ICE : 0016701980051

الدكتور الباقي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب ببنيس بفرنسا

IP : 071017347

vendredi 28 mai 2021

Marrakech, le

مراكش، في

Mr ABDERRAHIM ABDELLAH

38,10 1 - COSYREL 5/5

1 cp le matin

316,00 2 - PLAVIX 75

1 cp le matin

3 - CARDIOASPIRINE

1 cp à midi

254,00 4 - NOLIP 20

1 cp le soir

46,70x2 5 - CORVASAL

1 cp matin

6 - PANTOPRAZOL 20 GT

1 cp le matin

QSP : UN MOIS

853,10

254,00

91,90

PHARMACIE SIDI DAOU
Dr. EL OULJDANI Aicha
124, Douar Sidi Daou, Targa
Marrakech
Tél/Fax : 05 24 34 18 77



Dr. Khalid BAJI
Cardiologue
183 Av. Mohamed V, Gueliz
Marrakech - Tel : 05 24 43 38 18

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

Tél. : 05 24 43 88 18 الهاتف :

ABDERRAHIM
ABDELLAH
13227/08
19.05.1950 Masculin
71 ans
..... cm / 73 kg
107/58 mmHg

FC 62/min Axes :
P 51 °
Intervalle QRS 49 °
RR 962 ms T 88 °
P 118 ms
PR 184 ms P (II) 0.10 mV
QRS 72 ms S (V1) - mV
QT 398 ms R (V5) 0.22 mV
QTC 406 ms Sokol. 0.48 mV
(Bazett)

