

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

- 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9253

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAABARITA - ABDI EL OUAHAD

Date de naissance : 06-01-63

Adresse : Lat Maatalah N. 1462 M'hamed  
Mamatzch

Tél. : 06 78 84 44 56 Total des frais engagés : 435,40 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09/2021

Nom et prénom du malade : BAHY FATIHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Behget + Gout + Diabète

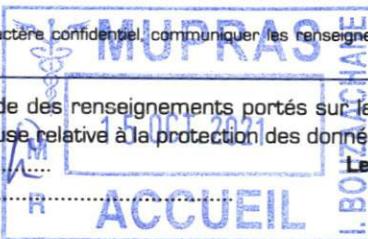
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Maroc Le : 14/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : R. BOUZIAH



### 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
22/09/21	C 15		300/000 DH	Dr. Laila BENJILLY Professeur Médecine Interne Réception 01/06/1991

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL IMANE Loc Maatalla, 1592 Mhamid Casablanca - Tél : 05 24 37 26 01 IC : 00181510000036 - 78475 T : 64659551 - IF : 20719747 Siret : 07251278	22/03/2021	135,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

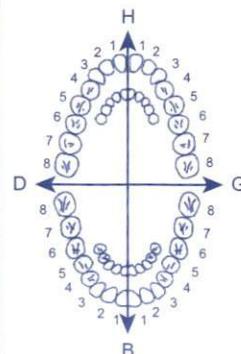
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS	
H	25533412	21433552			
D	00000000	00000000			
G	35533411	11433553			
B					



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة المطار  
CLINIQUE L'AEROPORT

## مَسْبَحَةٌ مُّتَعَدِّدَةُ الْإِنْتِصَارَاتِ

## CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
  - Centre Ophthalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
  - Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsy
  - Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique

• المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة

• مركز طبي و جراحي • مركز الأمهات و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تقويم الحصى

• مركز أمراض و جراحة الغضام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

Le 22/09/2021

The Baby Fahla

$$13,40 \times 5 = 67,00$$

SV

1) Colchicine

1 copy

$$22,80 \times 3 = 68,40$$

SV

2) Cetaceyl 5mg

1 cp 1j après petit déjeuner

## Treatment de 03

**PHARMACIE AL IMANE**  
Lot. Maatalla, 1592 Mhamid  
Marrakech Tel: 05 24 27 26 01  
TIC : 00182528000036 - 78475  
TP : 64859551 - IF : 20719747  
394 AVENUE GMASSA

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Centre Cardiologie : 05 24 50 80 15 - Maternité : 05 24 50 80 11 - Télécopie en charge : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - [contact@cliniqueaeroport.com](mailto:contact@cliniqueaeroport.com) - [www.cliniqueaeroport.com](http://www.cliniqueaeroport.com)

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - [contact@cliniqueaeroport.com](mailto:contact@cliniqueaeroport.com) - [www.cliniqueaeroport.com](http://www.cliniqueaeroport.com)

13,40

13,40

13,40

13,40

13,40

13,40

13,40

13,40

**CLINIQUE L'AEROPORT**  
I.F:15199804 T.P:64623148 RC: 70477  
Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation  
**MARRAKECH**

## Reçu de caisse

N° : 2109221640482380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21I221630	BAHY FATIHA	22/09/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : KHAWLA

*Clinique l'Aéroport*  
*Réception*