

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 062373

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

88512 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9253

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAABARTA - ABDELOUAHAD

Date de naissance : 06-01-63

Adresse : Lot Maataleh N° 1462 M'hamed Hamak ch

Tél. : 0878844056

Total des frais engagés : 435,40 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 : Behcet + Goutte + Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

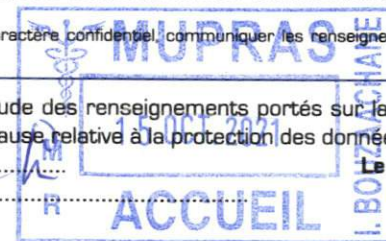
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Marrakech

Le : 14/10/21

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
22/09/21	C / S		300/000A	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL IMANE Lot. Maatalla, 1592 Mhamid Marrakech - Tél : 05 24 37 26 01 IC : 00187500000036 - 78475 T : 64659551 - IF : 20719747	22/09/2021	135,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

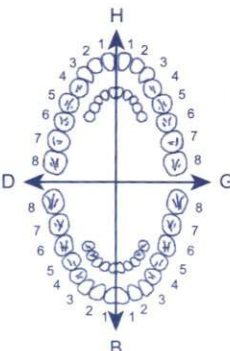
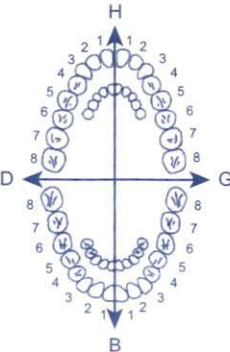
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				Montants DES SOINS
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحّة المطار  
CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحّة متعددة الاختصاصات  
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

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

• المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب و الشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة  
• مركز طبي و جراحي • مركز الأم و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تقنيات الحصى  
• مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

Le 22/09/2021

Mme Bahiy Fatima

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



1) Colchicine

1 cp / j

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



2) Cortancyl 5mg

1 cp / j après petit déjeuner

Traitement de 03 mois

Total = 135,40 renouvelables

PHARMACIE AL IMANE  
Lot. Martalla, 1592 Mhamid  
Marrakech - Tél: 05 24 37 26 01  
TCE : 001825280000036 - 78475  
TP : 64859551 - IF : 20719747

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

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

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

CLINIQUE L'AÉROPORT  
Reception  
Dr. Laila BENJILALI  
Professeur  
Médecine Interne

07251

706 197

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
211221630	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 : KILAWI.1

**Clinique l'Aéroport**  
**Réception**