

## 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

- 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.

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° W19-550667

116225



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4748 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DOUTA BAA OTHAKIB

Date de naissance : 30-04-56

Adresse : LOT AL FESS 1 ENNA 9 APP 4

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés : 925,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Azzeddine MOHAMMADI  
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE  
Réanimation Polyvalente - Médecine du Travail  
Av. Allal El Fassi Complexe Habous Imm. 3 App. 3  
Marrakech ATAL : 05 24 33 02 10/06 12 02 94 69

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e)

Le : 09/08/2022

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
08 MAI 2022	13		216,1	INP : 1157085 INPEL Signature M. Baudine du 15/04/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur:	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Mme FAZDAOU Boulevard Ben Youssef Bab II - Marrakech Tél : 05 24 30 15 50	09/05/2022	388,40 + 117,12 / 505,20

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire en charge	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14 MAI 2022	• Ratten • 2m	1370

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cache et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 														
				<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	00000000	00000000	35533411	11433553
				25533412	21433552													
				00000000	00000000													
				<hr/>	<hr/>													
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		

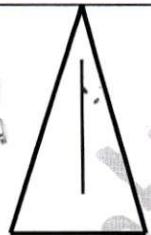


RDV le ..... à ..... pour :

- Consultation :
- EFR :
- Tests cutanés:
- Radiographie thoracique:

<input type="checkbox"/>	Consultation anti-tabac				
<input type="checkbox"/>					

- Information par wathsapp : 06 36 01 61 82 (par écrit)  
1 semaine après la consultation



- ↘ le sucre ↘ le sel
- ↑ tabac actif et/ou passif
- ↑ pollution domestique
- ↑ Hammam pendant 15 jours
- Boire abondamment

Ordonnance de contrôle

09 MAI 2022



Dr. AZZEDINE MOHAMMADI

Mr DOUTABAA CHAKIB

983/2010

Nom/Prénom :

09/05/2022

### Consultation + Radiographie thoracique

Motif de l'examen :

*toux*

Examen clinique : Normal  Râles bronchique  Râles sibilant

Râles crépitants  Râles sous crépitants  Cyanose

Toux  Crachat

Hémoptysie  Dyspnée  Douleur thoracique

T°: *37,5*

*saturation: 95*

Poids:

Pouls:

TA:

### Compte rendu Rx

### **Image thoracique normale.**



Dr Azzeddine MOHAMMADI  
Pneumologue-Allergologue  
[www.cabinetdusouffle.com](http://www.cabinetdusouffle.com)

Marrakech le, 09/05/2022

Mr DOUTABAA CHAKIB

NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION	250
RADIOGRAPHIE (Z10)	150
TOTAL =	400

SOIT LA SOMME DE :  
QUATRE CENTS DIRHAMS

Dr Azzeddine MOHAMMADI  
Pneumologue - Allergologue  
[www.cabinetdusouffle.com](http://www.cabinetdusouffle.com)