

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 canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5098 Société : RAA7 Cida

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : A.B.DERAHIN Abdellah

Date de naissance : 19/10/1950

Adresse : Ferme zaouï IDRissi Dr BOUCHAREB TARGA Marrakech

Tél. : 06 73 77 97 81 Total des frais engagés : 1125,20 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 11 MAI 2022

Nom et prénom du malade : Abderahim Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Corazasas perthus

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 : 11/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-623645

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Déclaration de Maladie

N° W21-623645

par
l'assuré

Optique Autres

Dentaire

Maladie

Autre : Retraite

Pensionné(e)

Actif

Société : RAA7 Cida

Matricule : 5098

Date de naissance : 19/10/1950

Adresse : Ferme zaouï IDRissi Dr BOUCHAREB TARGA Marrakech

Tél. : 06 73 77 97 81

Total des frais engagés : 1125,20 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور الباحي خالد
Dr. Khalid BAJI
Cardiologue

183 Av Mohamed V, Guéliz

Marrakech - Tél: 05 24 43 88 18

Date de consultation : 11 MAI 2022

Nom et prénom du malade : Abderahim Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Corazasas perthus

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 : 11/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Matricule : 5098

Nom de l'adhérent(e) : ABDERAHIN

Total des frais engagés : 1125,20 dh

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11 MAI 2022 | Cst ECG | 1 | 300,00 | INP : 071017347 Docteur BAJI Khalid CARDIOLOGUE |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-----------------|-----------------------|
| PHARMACIE SIDI DAOU Dr. EL OULDANI Aicha 124, Rue Sidi Daou Targa Marrakech Tel/Fax : 05 24 34 18 75 | <u>11/05/22</u> | <u>825,20</u> |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SPINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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

Marrakech, le مراكش، في

mercredi 11 mai 2022

254,00

Mr ABDERRAHIM ABDELLAH

| | | |
|------------------------|--------------------|---|
| 1 - PANTOPRAZOL 20 GT | 1 cp le matin | Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1, Ain sebââ Casablanca Copavix 75mg/100mg b30 cp P.P.V : 270,00 DH 6 118001 082018 |
| 98,10 2 - COSYREL 5/5 | 1 cp le matin | PHARMACIE SIDI DAOUD |
| 2€0,00 3 - COPLAVIX | 1 cp le matin | PHARMACIE SIDI DAOUD |
| 46,70 x 2 4 - CORVASAL | 1 cp matin et soir | BOTTU SA PPV : 46 DH 70 |
| 254,00 5 - NOLIP 20 | 1 cp le soir | BOTTU SA PPV : 46 DH 70 |
| 109,40 6 - CONTIFLOW | 1 cp le soir | 14011057 |
| QSP : UN MOIS | | 6 118001 130269 COSYREL 5mg/5mg-O 30 comprimés pelliculés sécables PPV : 98,10 DH Servier Maroc - Casablanca |

825,20

PHARMACIE SIDI DAOUD
Dr. EL OUDJANI Aicha
124, Dour Sidi Daou Targa
Marrakech
Tél: 05 24 43 18 77

Docteur BAJI Khalid
CARDIOLOGUE
183, Bd Mohamed V Guéliz
Marrakech Tél: 43.88.18



183. شارع محمد الخامس جليز مراكش 183

الهاتف: 05 24 43 88 18

ABOERRAHIM
ABDELLAH
13227/08
19.05.1950 Masculin
71 ans
..... cm / 70 kg
128/77 mmHg

FC 71/min Axes :
Intervalles P 62 °
RR 843 ms QRS 54 °
P 110 ms T 80 °
PR 180 ms P (II) 0.08 mV
QRS 70 ms S (V1) - mV
QT 346 ms R (V5) 0.21 mV
QTC 380 ms Sokol. 0.57 mV
(Bazett)

