

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-508371

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-508371

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute

réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :



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
12/04/22	C1		6	<p>INTE</p> <p>071169759</p> <p>SARA DILAE</p> <p>Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux</p> <p>App. N°1</p> <p>et Ad.</p> <p>delkar</p> <p>El</p>

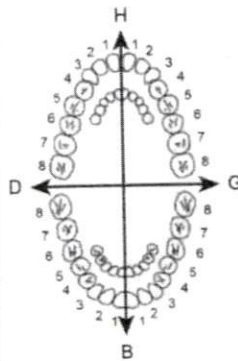
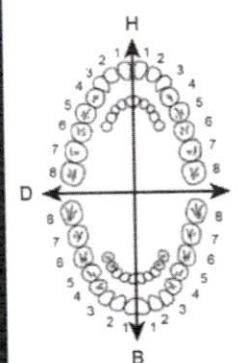
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie KAMILIA</b> <b>Dr. Bouchra BAGHDAD</b> 75-70, Lot, Bouamra - Assif (C) Marrakech Tél : 05 24 30	12/04/2022	554,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Dr SARA DILAZ</b> Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux Appt. N°1000 - 5 Angle Allée El Fassi Méditerranée - Marakech Tél : 06 29 29 29 29	20/04/22	ETT	600 DH

[illegible]

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

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																			
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>																			
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																			
					FIN D'EXECUTION	<div></div>																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																			
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	<div></div>					
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D	G																							
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																								
					DATE DU DEVIS	<div></div>																			
				DATE DE L'EXECUTION	<div></div>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Dr. DILAI SARA**

**Spécialiste des maladies du Cœur  
et des vaisseaux**

- Echocardiographie doppler
- Holter tensionnel
- Holter Rythmique
- Epreuve d'effort



**الدكتورة ديلائي سارة**

**إختصاصية في أمراض القلب  
والشرايين**

- الفحص بالصدى الصوتي
- قياس دقات القلب والضغط الدموي على المدى الطويل
- إمتحان الجهد

Marrakeh, le : 12/04/22

**Facture N 6**

**Nom BOUSSETTA**

**Prenom HALIMA**

**Echocardiographie doppler**

**600 dh**

**Dr SARA DILAI**  
Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux  
Appt. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi  
et Abdelkarim El Khattabi - Marrakech  
Tél./Fax : 05 24 291 293



**Dr. DILAI SARA**

**Spécialiste des maladies du Cœur  
et des vaisseaux**

- Echocardiographie doppler
- Holter tensionnel
- Holter Rythmique
- Epreuve d'effort



**الدكتورة ديلالي سارة**

**إختصاصية في أمراض القلب  
والشرايين**

- الفحص بالصدى الصوتي
- قياس دقات القلب والضغط الدموي على المدى الطويل
- إمتحان الجهد

Marrakech, le : **12/04/22**

M<sup>me</sup> Halima Boussetra

**Dr SARA DILAI**  
Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux  
App. N°1 Imm. 5 Angle Allal El Fassi et Abdelkarim El Khattabi - Marrakech  
Tél : 05 24 291 293

111,10x3

- Bi-prénux 5/1,25

1 p 4x à l'heure

**S. V.**

58,10x3

- candesartel 5mg

1/2 p x 2/8

**S. V.**

46,70

- Zyloric 100

1 p 4x à l'heure

**S. V.**

T=554,30

**Pharmacie KAMILIA**  
**Dr. Bouchra BAGHDAD**  
App. N°1 Imm. 5 Angle Allal El Fassi et Abdelkarim El Khattabi - Marrakech  
Tél : 05 24 30 83 22

عمارة رقم 5، شقة 1، زاوية عدال القلب وعبد الكريم الخطابي (فوق مقهى) - مراكش  
App. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi et Abdelkarim El Khattabi (au dessous café mes rendez vos) - Marrakech  
Tél./Fax : 0524 291 293 - E-mail : dr.s.dilai@gmail.com



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

AAA,10/



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

AAA,10/

AAA,10/

LOT 211758  
EXP 07/2025  
PPV 46.70 DH