

# 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

- Reclamation : 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

118982

C-

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 00572	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Boussette Hélène		
Date de naissance : A 01/01/1946		
Adresse : Agadir N° 319 Marrakech		
Tél. : 0661208926	Total des frais engagés : 1154,30	

Cadre réservé au Médecin		
Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire et des maladies du cœur et des vaisseaux		
Dr SARA DILAF		
et Abdellah Boussette		
12 04 2022		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : HTA		
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'adjudicataire 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 : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/04/22

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 : 00572
Nom de l'adhérent(e) : Boussette
Total des frais engagés : 1154,30

## 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	(9)	1071169759	Spécialiste des maladies du cœur et de l'appareil circulatoire et des maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie KAMILIA</b> <b>Dr. Bousra BAGHDAD</b> <b>75-7D, Lot. Bouamnia - Assif (C)</b> <b>Marrakech</b> <b>Tél : 05 24 30</b>	<b>12/04/2022</b>	<b>554,30</b>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Dr SARA DILAI</b> <i>Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux</i> <i>Appt. N° 100 - 5 Angle Allée El Fassi</i> <i>El Beïdha - 40000 - Marrakech</i> <i>Tél. 0524 391 5</i>	20/04/22	ETI	600 DH

## AUXILLIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

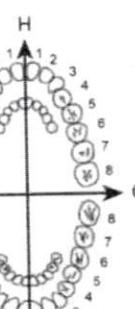
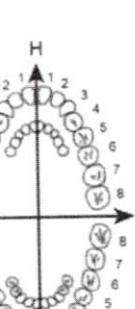
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### **BEIJING 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		00000000	B		35533411 11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
D		00000000														
B		35533411 11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



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

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

Marrakech, le : 12/04/22

## Facture N 6

Nom BOUSSETTA

Prénom 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



الدكتورة ديلائي سارة

إختصاصية في أمراض القلب  
والشرايين

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

- الفحص بالصدى الصوتي

- قياس دقات القلب والضغط الدموي على المدى الطويل

- امتحان الجهد

Marrakech, le : 12/04/22

Mme Halima Boussehri

111,10 x 3

- Bi-precurax 5/1,25

S. V.

1uply le Mali

58,10 x 3

- Cardenol 5mg

S. V.

1/2 x 2/8

M

46,70

- Zytomic 100

S. V.

X  
3

1uply le Mali

M

T = 554,30

عمراء رقم 5، شقة 1، بناية علال الفاسي، وحي الكريمة الحطابي (فوق مقهى vous) - مراكش (mes rendez vous) - مراكش

Appt. 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

**Dr. SARA DILAI**  
Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux  
Appt. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi et Abdelkarim El Khattabi (au dessous café mes rendez vos) - Marrakech  
Tél : 05 24 30 03 22

**Pharmacie KAMILIA**  
Dr. Bouchra BAGHDAD  
79-10, Lot. Bouamna - Assif (C)  
Marrakech



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, NO /



6 118001 100873  
Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

AAA, NO /

AAA, NO

LOT 21178  
EXP 07/2025  
PPV 46.70 DH