

## 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° W21-725731

AU 1698

Connue

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	00372	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Bourssette Halima
Nom & Prénom :		01/01/1946	
Date de naissance :		Assid c N° 319	
Adresse :		Marrakech	
Tél. 0661 20 89 26		Total des frais engagés : 1275,60 Dhs	

Autorisation CNOP N° : F-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr SARA DILAI Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux et Abdellkarim El Khayatbi 2 Marrakech. Tél. 05 24 291 293 Fax 05 24 291 293
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	07/12/2022
Nom et prénom du malade :	Bourssette Halima Age: 76 ans
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'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 : 07/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-725731

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).

Matricule : 00372  
Nom de l'adhérent(e) : Bourssette Halima  
Total des frais engagés : 1275,60 Dhs  
Date de dépôt : 04/11/22

## **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
07/08/22	G		250 DH	Sous le doublement Dr. ABDERRAHMANE DILAI Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire et des vaisseaux

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie KAMILIA</b> <i>Dr. Bouchra BAGHDAD</i> <i>S-7D, Lot Bouamnia - Assif (C)</i> <i>Marrakech</i> <i>Tel : 09 24 22 29 12</i>	07/11/22	1025,60

#### **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
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

#### **VOLET ADHERENT**

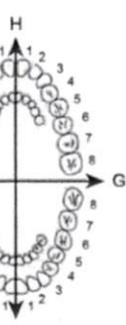
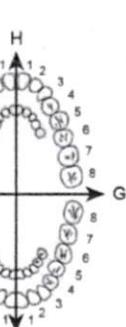
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553
				<b>COEFFICIENT 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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

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

Marrakech, le :

07/11/22

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

Mme Boussetta Halima

111,10 Bi - prothrombin 5/1,25  
x 3 1 p.

58,10 cardenacel 5mg  
x 3 ½ p + 2 ly

LOT 222201  
EXP 06 2025  
PPV 46.70 D1

46,70 Zyloric 100  
1 p ly

W

x 3

Mus.

157,10 No - Cp 10  
x 3 1 p ly

1025,60

Pharmacie KAMILIA  
Dr. Bouchra BAGHDAD  
75-7D, Lot. Bouamnia - Assif (C)  
Marrakech

Tél : 05 24 30 63 22

(mes rendez vous - مراكش)

Dr SARA DILAI  
Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux  
Appt. n°1 Imm 5 Angle Allal El Fassi  
et Abdelkarim El Khatib - Marrakech

عنزة رقم 5، شارع 1، نهج 1، باب دار العريف، 40000 مراكش (au dessous de notre pharmacie rendez vous) - Marrakech

Appt. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi et Abdelkarim El Khatib (au dessous de notre pharmacie rendez vous) - 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

157,10



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

157,10



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

157,10

111,10

111,10

111,10