

## 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

M22- 0015876

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5098

Société : RAN Cie

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ABDERAHIM Abdellah

Date de naissance : 19/05/1950

Adresse : Ferme Zaïm IMRISI Douar BOUCHAREB TARGA Marrakech

Tél. : 06 73 779781

Total des frais engagés : 2469,10 dhs = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BAJI Khalid  
CARDIOLOGUE  
183, Bd. Mohamed V Guéltz  
Marrakech-Tél : 43.88.18

Date de consultation : 12/12/22

Nom et prénom du malade : ABDERAHIM AbdeBou

Age : 72 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA / Goutte / 12/12/22

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 12/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0015876

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 : 5098

Nom de l'adhérent(e) : ABDERAHIM

Total des frais engagés : 2469,10 dhs

Date de dépôt :



### 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                              |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12.12.22        | G. ECG            |                       | 300,00                          | Docteur BAJI Khalid<br>CARDIOLOGUE<br>183, Bd. Mohamed V Guéliz<br>Marrakech-Tél : 43.88.18 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                            | Date          | Montant de la Facture |
|---|---------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL OUDJANI<br>Dr EL OUDJANI<br>124, Douar 500 Marrakech | 12. Dec. 2022 | 2169,10               |
|   |               |                       |
|   |               |                       |
|   |               |                       |
|   |               |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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.

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

ICE : 0016701980051

# الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرائين  
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

IP : 071017347

Marrakech, le ..... في مراكش

lundi 12 décembre 2022

MC ABDERRAHIM ABDELLAH

1 - COSYREL 5/5

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp

P.P.V : 270,00 DH cp le matin

6 118001 082018

cp le matin

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH

P.P.V : 270,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH

P.P.V : 270,00 DH

2 - NOLIP 20

3 - CONTIFLOW

QSP : TROIS MOIS

CONTIFLO<sup>®</sup> OD

PPV: 109DH70

Voie orale

0.4 mg

30 Gélules  
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

Docteur BAJI  
CARDIOLOGUE  
183, Bd. Mohamed V  
Marrakech-Tél

PPV: 193DH10

CODE No: MPIDRUGS252483

183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech 183, شارع محمد الخامس جليز مراكش

Tél.: 05 24 43 88 18 : الهاتف



ABDERRAHIM

ABDELLAH

13227/08

..... Masculin

72 ans

..... cm / 75 kg

120/70 mmHg

FC 85/min

Intervalles

RR 706 ms

P 118 ms

PR 170 ms

QRS 68 ms

QT 334 ms

QTC 398 ms

(Bazett)

Axes :

P 47 °

QRS 41 °

T 67 °

P (II) 0.13 mV

S (V1) - mV

R (V5) 0.13 mV

Sokol. 0.55 mV

