

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5098

Société : RAM City

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : ABDERAHIM Abdellah

Date de naissance : 19 Mai 1950

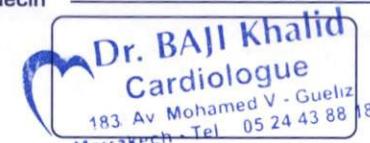
Adresse : Ferme Taim IDRISI Dr BOUCHAREK TARGA  
Marrakech

Tél. : 06 73 77 9781

Total des frais engagés : 942,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : ABDERAHIM Abdellah

Age : 73 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : H.T.A. D.I.M.R.E. Coronaropathie

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 : 24/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0015868

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 : 942,30 Dhs

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
20/11/23 CS		1	60	 <b>Dr BAJI Khalid</b> Cardiologue 183 Av Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 18

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. EL OUDJADANT Aicha 124, Dousset, 20000 Dakar	20/11/2023	942,30

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## 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.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Montants des soins
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis											
				Date de l'exécution											
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



# الدكتور الباقي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
خريج كلية الطب ببنيس بفرنسا

ICE : 0016701980051

IP : 071017347

Marrakech, le ..... مراكش، في .....

20 NOVEMBRE 20

Mr ABDERRAHIM ABDELLAH

14011057



COSYREL 5mg/5mg-O  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

CTER LES DOSES PRESCRITES

98,10 1 - COSYREL 5/5

1 cp le matin

270,00 2 - COPLAVIX

1 cp le matin

250,30 3 - NOLIP 20

1 cp le soir

4 - XATRAL 10 LP

1 cp le soir

232,00

5 - Pantoprazole 20 mg

850,40 + 91,90

942,30

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

P.P.V : 270,00 DH

6 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 232,00 DH

PHARMACIE SIDI DAOUD  
Dr. EL OULD DANI Aicha  
124, Oued Sidi Daoud Targa  
Marrakech - Té

Dr. BAJI  
Cardio  
183 Av Moha  
Marrakech - Te

91,90

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

الهاتف : 05 24 43 88 18