

# 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél.: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-540079

En cours

31165

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **MUPRAS**

Matricule : **5639** Société : **MUPRAS**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BAITOU Abdelaziz**

Date de naissance : **08/03/1958**

Adresse : **15447 N 189 Y HAMIS Hamahett**

E-mail : **baitouabdelaziz@gmail.com**

Tél. : **0661258374** Total des frais engagés : **1180,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur Boukhal ESSAKKI**  
Professeur de Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie du Sport Arthroscopie  
Rue L-ban 1er étage  
N°3 Guérranchi Jorf El Melh  
Jorf El Melh 20110 Casablanca

Date de consultation : **16/06/2020**

Nom et prénom du malade : **BAITOU Abdelaziz** Age : **62**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Maladie chronique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Maladie chronique**

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 : **Hamahett** Le : **16/06/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Baitou**

28 JUL. 2020

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-540079

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 : **5639**

Nom de l'adhérent(e) : **BAITOU**

Total des frais engagés : **1180,00**

Date de dépôt : **16/06/2020**

ACCUEIL



| 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 |
| 15/06/20                       |                    |                       | GT                              | IMP: [ ]   |
| 16/06/20                       | voir la<br>Facture |                       | 7820                            |  |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |          |                                 |                           |
|--|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  | 16/06/20 |                                 | 430,000F                  |
|  |          |                                 |                           |
|  |          |                                 |                           |
|  |          |                                 |                           |
|  |          |                                 |                           |

[illegible]

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

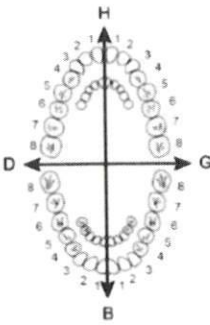
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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.

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552<br/>           00000000<br/>           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div> |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> |  |
|  |  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>           Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession         </div> </div>  |  | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>      |  |
|  |  | <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  |  | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>           |  |
|  |  | <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  |  | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>     |  |
|  |  | <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# LABORATOIRE TARGA

215/3 Lotissement Lalla Haya      Route de Targa      50000 MARRAKEC

Tél.: 0524495070 - Fax:0524491070

Email: labotarga

CE RECU EST A APPORTER LORS DU RETRAIT DES RESULTATS  
APRES REGLEMENT TOTAL DES ANALYSES

**Code Patient : 16793**



Dossier : **1606 048**      DU 16/06/20 12h56

Patient : Mr BAITOU ABDELAZIZ

Arr.par : CLINIQUE GRAND ATLAS

Prescr.: Dr. EL MALEH SOUFIANE

Analyses:NFS   TP   TCA   HBAC CREA CRP

Prélèvement Transmis au Laboratoire

1<sup>er</sup> Retrait: 16/06/20

2<sup>ème</sup> Retrait :17/06/20

---

Prix total : 430,00 Dhs   -   PAYE : 0,00 Dhs   -   RESTE A REGLER : 430,00 Dirhams

---

مصحة الأطلس الكبير  
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le : 11/06/2020

Dr. Baïtou Abdelaziz

- \* NFS-Ig
- \* CRP
- \* HbA1c
- \* TP - TCK
- \* Creat

Docteur Soufiane EL MALEH  
Médecine d'Urgence  
Médecine Générale  
INPS : 071180566 / Tél : 05 94 96 20 00

$$\begin{array}{r} 750 \\ + 30 \\ \hline 1180 \end{array}$$

GMAIL :

Baitouabdelegij 7 GMail. Com.



Le : 16/06/2020

Références 7 941 / 200616132611102024

PAYANT

Entrée / Sortie : 16/06/2020 - 16/06/2020

Le Pr. ESSADKI (K)

présente à Mr BAITOU ABDELAZIZ

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
200,00 Dhs (DEUX CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Docteur **ESSADKI**  
Professeur d'Orthopédie  
Chirurgie Sportive  
Résidence N°3 Guel  
Urgences 071084352  
05 24 43 86 80  
00161550560004

Cachet et signature

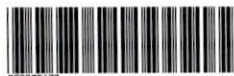
# LABORATOIRE TARGA D'ANALYSES MEDICALES

IF:20758468

PATENTE:67395002

ICE: 001909979000035

INPE: 073062176



**FACTURE : 12907**

MARRAKECH le :16/06/2020

Nom et Prénom ... : ABDELAZIZ BAITOU

Prescripteur .... : Dr. EL MALEH SOUFIANE

Bilan :

NFS B80+ TP B40+ TCA B40+ HBAC B80+ CREA B30+  
CRP B100+

Total des B ..... : **370**

Montant Net ..... : **430,00 Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de:

**Quatre cent trente Dh**

Dr EL MESSAOUDI Dalila



**F A C T U R E**

N° 7 941 / 2020 du 16/06/2020

|                 |                  |                      |                      |
|-----------------|------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient     | BAITOU ABDELAZIZ | Entrée<br>16/06/2020 | Sortie<br>16/06/2020 |
| Prise en charge | PAYANT           |                      |                      |

|                                   | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|-----------------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i>       |        |            |               |               |
| FRAIS CLINIQUE                    | 1,00   |            | 50,00         | 50,00         |
| ECHO PARTIE MOLLE                 | 1,00   |            | 500,00        | 500,00        |
|                                   |        |            | Sous-Total    | 550,00        |
| <b>Total Frais Clinique</b>       |        |            |               | <b>550,00</b> |
| <i>PRESTATIONS EXTERNES</i>       |        |            |               |               |
| PR. ESSADKI (K) (traumatologue)   | 1,00   |            | 200,00        | 200,00        |
|                                   |        |            | Sous-Total    | 200,00        |
| <b>Total prestations externes</b> |        |            |               | <b>200,00</b> |

|   |                      |               |
|---|----------------------|---------------|
|   | <b>Total général</b> | <b>750,00</b> |
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i><br>SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS |                      |               |

|               |                |  |  |  |                       |              |
|---------------|----------------|--|--|--|-----------------------|--------------|
|               | <b>Espèces</b> |  |  |  | <b>Total encaissé</b> | <b>Solde</b> |
| Encaissements | 750,00         |  |  |  | 750,00                | 0,00         |