

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-506817

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 236

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zboursaoui Noufissa

Date de naissance :

18/16/40

Adresse :

615 Monifa plage Mohammed

Tél. : 06 61 32 91 76

Total des frais engagés

1776,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

"l'adhérent(e) :

Le : 18/10/2022



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
27/10/88	Ses		400,00	INP : 67-12-18-513 Zied FRIKHA Cardiologue et orthopédia Téléphone 06-44-31-88-33 TARGA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA VILLE MOHAMMEDIA RUE D'EL MOURID TEL: 0622 247 80	27.10.22	1376,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

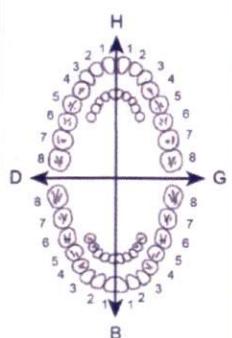
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				1 1 1 1 1 1 1
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

**CLINIQUEERRAHMA
MARRAKECH
Tél : 05.24.34.34.61
MARRAKECH**

Reçu de caisse

Nº: 2210271451421750 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22J271451	ABOUESSAAD NOUFISSA	27/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	STAN 009522	400,00
PAYANT	Total payé	400,00

QUATRE CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : BOUKOUZ
tel 55 24 345 fax : 05 24 59 79 77
CLINIQUE MATERNALE 161 / 163 26 99 711

CLINIQUEERRAHMA

MARRAKECH
Tél : 05.24.34.34.61
Fax : 05.24.39.79.77

F A C T U R E

N° 8 281 / 2022 du 27/10/2022

Nom patient	ABOUSSAAD NOUFISSA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	27/10/2022	27/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Frais Clinique				400,00

	Total général	400,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENTS DIRHAMS		

		Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements		400,00	400,00	0,00

CLINIQUEERRAHMA
LOT ZERIB EL MANSOURI TARGA
MARRAKESH 407111
Tél : 05 24 343 411
Fax : 05 24 397 077
(4)

A Boussaad Naoufissa

Cas 27/10/20

Total: 1376,10

165,50 x 3

AT a Cand

Dr. Zied FRIKHA
Cardiologue Interventionnel
Clinique Errahma
INPE 0712195133
GSM 06 44 51 88 33

201,00 x 3

- Dafalon 1000 mg 1cp/10 matin

53,00 x 2

- Diprivers 5mg 1cp/10 matin

x 3

mois

- Lipantyl 160 mg 1cp/10 soir

87,50

- Neflibet 5mg 1cp/10 matin

27,70 x 3

- Cardio aspirine midi 100 mg 1cp/10

Dr. Zied FRIKHA
Cardiologue Interventionnel
Clinique Errahma
INPE 0712195133
GSM 06 44 51 88 33

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 6 DMP/21NRQ.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546 //

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 6 DMP/21NRQ.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546 //

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 6 DMP/21NRQ.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546 //

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés

PPV 87DH50



Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
Acide acétylsalicylique
Cardioaspirine 100 mg/30cps

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

201,00

201,00

53,00

53,00