

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 : pee@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° W19-506817

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 236 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Aboussaid Noufisa

Date de naissance : 18/16/40

Adresse : 45 monika plage Mohammedia

Tél. : 0661329176 Total des frais engagés : 1776,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : /

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

Nature de la maladie : Maladie Cardiovasculaire

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 : Mohammedia Le : 28/10/2022

Adhérent(e) :

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
27/10/22	409,00	INP : 1071219513

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AGE RUE DES MOHAMMEDIAS TEL: 05 23 22 47 80	27-10-22	1376,10

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
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ERRAHMA
MARRAKECH
Tél : 05.24.34.34.61
MARRAKECH

Reçu de caisse

N° : 2210271451421750 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22J271451	ABOUSSAAD 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

CLINIQUE ERRAHMA
LOT ZINEB 52 MARRAKECH
Tél : 05 24 343 343 (10)
Fax : 05 24 397 977
05 24 397 977

CLINIQUE ERRAHMA

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 27/10/2022	Sortie 27/10/2022
Prise en charge	PAYANT		

	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
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS		

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

CLINIQUE ERRAHMA
LOT ZINEB EL HASSENIA
Tél : 05 24 343 461
Fax : 05 24 397 977
(4)



ABoussaad Noufissa

05/10/22

Total: 1376,10

165,50 x 3

AT a Candiberg 1cp/10 matin

201,00 x 3

Dafelon 1000 mg 1cp/10 matin

53,00 x 2

Dipicor 5mg 1/2 cp/10 matin x 3 mois

Lipant hyl 160 mg 1cp/10 soir

87,50

Nehilet 5mg 1/4 cp/10 matin

27,70 x 3

Cardioaspirine 100 mg 1cp/10 midi.

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30

140/16 DMP/21NRQP.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30

140/16 DMP/21NRQP.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30

140/16 DMP/21NRQP.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

V14097701

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

0820601100811 9
Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
Acide acétylsalicylique
Cardiaspirine 100 mg/30cps

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

6 118001 090280

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

6 118001 090280

201,00

201,00

201,00

53,00

53,00