

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.

198271

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 236

Société : RAM.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Aboussaad Noufissa

Date de naissance :

18/10/40

Adresse :

45. Mohika Plage Mohammédia

Tél. :

0661329176

Total des frais engagés :

107,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/11/2024

Nom et prénom du malade :

Aboussaad Noufissa

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Mohammédia

Le :

30/11/24

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
30/01/24	C.S		400,00	Dr. ZIED ERICHA Cardiologue Interventionnel Clinique Elrahma INPE 07219513 Gsm: 05 24 34 24 61 / 0670 094 052

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA PLAGE RUE DE FES - NQHAMMEDIA Tél : 05 23 32 47 80	30/01/24	707,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

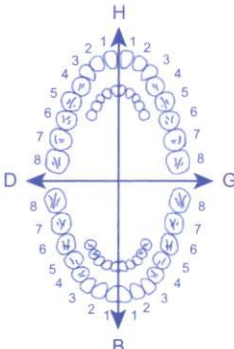
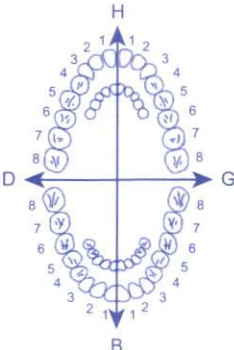
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



CENTRE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ERRAHMA

مركز أمراض القلب والشرابين الرحمة

IRM 1.5 - SCANNER 32 BARETTES 3D 4D - SYNCO - VIA - ANGIO - SCANNER - PONCTION BIOPSIE SCANNOGUIDEE ET ECHOGUIDEE
ARTHROSCANNER - INFILTRATION SCANNOGUIDEE - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - NEURO/BODY PERFUSION - RADIOLOGIE GENERALE
PANORAMIQUE DENTAIRE - ECHOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE DOPPLER VEINEUX ET ARTERIELLE - MAMMOGRAPHIE - DENSITOMETRIE

M^r ABOUSSAAD

Noufissay

15/04/24

134,30 x 4 = 537,20

- Coaprovel 150mg / 12,5mg (1cp)

Soir

PHARMACIE
LA PLAGE
RUE DE FES - MOHAMMED
Tél : 05 23 32 47 80

- Lipanthyl 160mg 1cp / Soir

x3
mois

87,50
- Nelivet 5mg 1/4 cp / matin

27,70 x 3 = 83,10

- Cardioaspirine 100mg 1cp / matin

707,80

PHARMACIE
LA PLAGE
RUE DE FES - MOHAMMED
Tél : 05 23 32 47 80

Dr. ZIED ERRAHMA
Cardiologue Interventionnel
Clinique Errahma
INPE 219513
Gsm: 05 24 34 34 67 / 094 052

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

CLINIQUE ERRAHMA

MARRAKECH
Tél : 05.24.34.34.61
Fax : 05.24.39.79.77

070062427



F A C T U R E

N° 1 303 / 2024 du 30/01/2024

Nom patient	ABOUSSAAD NOUFISSA	Entrée 30/01/2024	Sortie 30/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

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

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

Encaissements		Chèque 400,00			Total encaissé 400,00	Solde 0,00
---------------	--	------------------	--	--	--------------------------	---------------

Ref Chq : SG//N°:6084326/

CLINIQUE ERRAHMA
Loi Zineb El Masmoudi Tarq
Marrakech - Tél : 05 24 34 34 61
Fax : 05 24 39 79 77
24

Reçu de caisse

N° : 2401301510121620 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
24A301411	ABOUSSAAD NOUFISSA	30/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	SG//N°:6084326 BENTITA BADREDDINE	400,00
PAYANT	Total payé	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ANOUINI

CLINIQUE ERRAHMA
Lot Zineb EL Masmoudi Targa
Marrakech - Tél : 05 24 497 111
Tél : 05 24 343 461
Tél : 05 24 337 977
26