

# 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

- Reclamation : 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.

M23-U022205

1982-1

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 236 Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abou Maad Houfissa

Date de naissance :

18/10/40

Adresse :

45. Monika Plage Mohamedia

Tél. : 06.61.32.91.76 Total des frais engagés : 107,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/11/2012

Nom et prénom du malade : Abou Maad Houfissa 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 : Mohamedia

Le : 30/11/2012

Signature de l'adhérent(e) : Iglaw

### 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
30/01/2021	C.S		400,00	Dr.ZIED ERCHA Cardiologue Interventionnel Clinique El Rahma INPE 02 219513 Gsm:05 24 34 46 0670 094 052

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA PLAGE RUE DE FES M'HAMMEDIA Tél : 05 23 82 47 80	30/01/2021	707,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
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



Mr ABOUSSAAD  
NouFissay

15/01/24

- Captovel 150 mg (12,5 mg 1cp))

Sorin

~~AGE  
MOHAMMED,  
05.23.32 47 80~~

8750. - *Nelumbo* (mag 1/4 9/10 matin  
12/12)

$27.70 \times 3 = \$81.00$   
- Cardiosopine 100mg 1481 1481/mide

**Dr.ZIED ERKHA**  
Cardiologue Interventionnel  
Clinique Ebrahim  
INPE 07 219973  
Gsm:05 24 34 67 0870 094 052  
~~05 24 34 67 0870 094 052~~

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebâa 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

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebâa 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

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebâa 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

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

\* VIGNETTE  
V140977/01  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

**CLINIQUEERRAHMA**

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	<b>ABOUSSAAD NOUFISSA</b>	Entrée <b>30/01/2024</b>	Sortie <b>30/01/2024</b>
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
<b>CONSULTATION</b>	<b>1,00</b>		<b>400,00</b>	<b>400,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>400,00</b>
<b>Total</b>				<b>400,00</b>

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

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	<b>400,00</b>	<b>400,00</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : SG//N°:6084326/

CLINIQUEERRAHMA  
Lya Zinab El Masmoudi Taroudant  
Marrakech Tél : 05 24 40 21 11  
Tél : 05 24 40 24 51  
Fax : 05 24 40 24 51  
E-mail : contact@cliniquerahma.ma

**CLINIQUEERRAHMA**

MARRAKECH

Tél : 05.24.34.34.61

MARRAKECH

**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		400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ANOUINI

CLINIQUEERRAHMA  
Lot Zineb EL Masmoudi Targa  
Marrakech. Tel 05 24 497 111  
Tel 05 24 343 461 26  
Total payé Tel 05 24 397 977