

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de Maladie

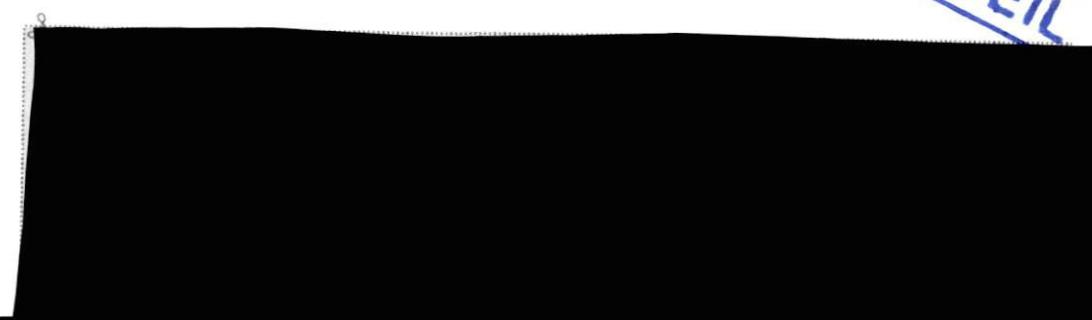
N° W19-540369

39935

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9416	Société : R.A.M.	A
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : iGHOWER HICHAM
Nom & Prénom : iGHOWER HICHAM		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 0661976122	Total des frais engagés : 505,20	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : iGHOWER HICHAM, Age: 47		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Enfant		
Nature de la maladie : Cervicalgic, Lombalgic		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : i		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à MARAIS, le 11 SEP. 2020
Signature de l'adhérent(e) :



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
05/07/2020	CLINIQUE ERRAKECH MARRAKECH	3000,00	INP : 072043508	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
La Pharmacie Moderne Angle Avenue Med V et Rue Med El Goulli (entre librairie chat et alimentation) Guéliz Marrakech 05 24 43 43 49	05/07/2020	205,20

INPE : 072043508

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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'EXE



مصحة الرحمة

Clinique ERRAHMA

05-7-2020

OPHTALMOLOGIE
MÉDECINE NUCLÉAIRE
RADIOLOGIE
ANESTHESIE-REANIMATION
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PEDIATRIQUE

NEUROLOGIE
NEURO-CHIRURGIE
CHIRURGIE

MAXILLAIRES
CHIRURGIE & ESTHÉTIQUE
CHIRURGIE
ENDOCRINE
HÉMATOLOGIQUE
HEPATO-GASTRO
GYNÉCOLOGIE

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 19E003
PER : 06/2022

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 19E007
PER : 10/2022

6 118000 060833
6 118000 060833

RHUMATOLOGIE
OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ONCOLOGIE
PEDIATRIE & REANIMATION
NEONATALE

CHIRURGIE VASCULAIRE
PNEUMOLOGIE

LOT 190819
EXP 02/2022
PPV 99.00 DH

Lot Zineb El Masmoudi
Targa - Marrakech

Tél : +212 (0) 524 343 461

+212 (0) 524 497 111

Fax : +212 (0) 524 397 977

تجزئة زينب المصمودي
تاركـة - مراكـش

+212 (0) 524 343 461 : الهاتف

+212 (0) 524 497 111 : الفاكس

+212 (0) 524 397 977 : الفاكس

ICE : 00157666900036

PATENTE : 45195131

CNSS : 4814457

IF : 18752001

RC : 73241

Section BR. Hicham

53,10 x 2

7 - relaxol 500

Max 3g

2 Codoliprane

Max 3g

99,00

3 - eedys

Max

20'

205,20

Marmache Moderne
Angle Avenue Med V et Rue Med
El Biaqal (entre) Librairie chat et
amal II Guenf Marrakech
Tel: 05 24 43 43 49

CLINIQUE ERRAHMA
LOT ZINEB EL MASMOURI TARGA
Tél: 05 24 343 461 / 05 24 497 111
Fax: 05 24 343 461 / 05 24 497 111

INPE: 072043508

E-mail : contact.cliniqueerrahma@gmail.com | www.cliniqueerrahma.ma

CLINIQUEERRAHMA

MARRAKECH
Tél : 05.24.34.34.61
Fax : 05.24.39.79.77

F A C T U R E

N° 3 503 / 2020 du 05/07/2020

Nom patient	IGHIOUER HICHAM	Entrée 05/07/2020	Sortie 05/07/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total général 300,00
--------------------------------------------------------------------	-----------------------------

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	300,00			300,00	0,00

CLINIQUEERRAHMA
LUDI TARGA
MARRAKECH
Tél : 05.24.34.34.61 / 05.24.497.131
Fax : 05.24.397.977
(8)