

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 canaux, 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 canaux.

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 : 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.



Declaration de Maladie

N° W19-540369

39935

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9416 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IGHIOUER HICHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661976122 Total des frais engagés : 50520

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : IGHIOUER HICHAM Age : 47

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'att. 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 : MARRAKECH Le : 14 SEP 2020

Signature de l'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
05.7.2020			309,00	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
La Pharmacie Moderne Angle Avenue Med V et Rue Med Boulevard Centre librarie chatr et Gueliz Marrakech Tél : 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 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
				DATE DE L'EXECUTION []														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



مصحة الرحمة

Clinique ERRAHMA

OPHTALMOLOGIE

MÉDECINE NUCLÉAIRE

RADIOLOGIE

ANESTHÉSIE-REANIMATION

CARDIOLOGIE GÉNÉRALE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

NEUROLOGIE

NEURO-CHIRURGIE

CHIRURGIE

MAXILLO-FAUCIALE

CHIRURGIE

& ESTHÉTIQUE

CHIRURGIE

ENDOCRINOLOGIE

HÉMATOLOGIE

HEPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

GYNECOLOGIE

OBSTÉTRIQUE

RHUMATOLOGIE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

ONCOLOGIE

PÉDIATRIE & REANIMATION

NEONATALE

CHIRURGIE VASculaire

PNEUMOLOGIE

DERMATOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

05-7-2020

IBTIOR BR. Hicham

53, 10 x 2

Relaxol 500

4x3

2 Clodlypane

4x3

99,00

3.000

20

205,20

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

تاركة - مراكش

+212 (0) 524 343 461: الهاتف

+212 (0) 524 497 111

+212 (0) 524 397 977: الفاكس

ICE : 001576669000036

PATENTE : 45195131

CNSS : 4814457

IF : 18752001

RC : 73241

Pharmacie Moderne
Angle Avenue Méd V et Rue Méd
El Baqal Centre Pharmacie chat et
armail Gueriz Marrakech
Tél : 05 24 43 43 49

CLINIQUE ERRAHMA
LOT ZINEB EL MASMOUDI TARGA
MARRAKECH
Tél : 05 24 343 461
Fax : 05 24 397 977

INPE : 072043508

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

CLINIQUE ERRAHMA

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	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

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