

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

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

N° W19-493876

ND = 17576

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2996

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : ACHOUR FARID

Date de naissance : 1950

Adresse : 35 Rue Kengouward Dépt AH BAD 3e/4
CASA

Tél. : 06 3997 1503

Total des frais engagés : 1355,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. M. T. BENABDERRAZIK
Chirurgie Vasculaire et Viscérale
Clinique la Capitale
46, Avenue Chellah - Rabat
Tel. : 05 37 20 56 15/16

Date de consultation : 06/11/2013 INPE : 101020378

Nom et prénom du malade : Mr. ACHOUR Farid JOANS Age : 60

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie : Hépatite

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 : RABAT

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/11/2013

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
26/11/2019	G3		# 300,00 Dr	INP : 140104 RP 3718 OUALI BRAHIM
27/12/19	G3		200, Dr HAMON Medecin Reanimateur SANTÉ DRAZIK Assurance Générale	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANEXO 6 - RADIOGRAFIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

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	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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
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																							

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉRENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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 <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> <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 <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 DEVOIR

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Rabat, le 16 Janvier 2020

Pr. M. T. BENABDERRAZIK

Chirurgie Vasculaire et Viscérale
 Clinique la Capitale

46 Avenue Chellah Rabat
 Tel.: 05 37 20 56 15 / 16
 INPE . 101020378

ID : 626211 GlaxoSmithKline Maroc
 Aïn Ei Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 141.20 DH
 6 118001 141456

141.20

Zinuat 50-

1CP x 2 / 8 x 5 JF

14.00.

Doliprane 1g

PPV: 14DH00
 PER: 09/22
 LOT: I1934

Pr. M. T. BENABDERRAZIK

Chirurgie Vasculaire et Viscérale
 Clinique la Capitale

46, Avenue Chellah (Rabat)
 Tel.. 05 37 20 56 15 / 16
 INPE . 101020378

155,20

Ph. de l'Avenue d'Algérie 1985
 Dr. Ahmed Benarafa (lille II France)
 - 19, Av. d'Algier-Hassan-Rabat
 Tél.: 05 37 72 63 28
 INPE . 102045978
 ICE : 00165269700001

46, Avenue Chellah - Rabat

Tel. : 05 37 66 11 82 / 05 37 76 75 76 / 05 37 76 72 76
 Fax : 05 37 76 72 73

Patente : 25129079 - I.F. : 3303109 - CNSS : 6459368

E-mail : cliniquelacapitale@yahoo.fr

Site web : www.lacapitalemaroc.com

Rabat, le 06 / 01 / 2020

M. ACHOUR Fair

Plaque de la coupe

polypropylène

13 cm x 6 cm

900,00

PROMAMEC
01, Rue Jaafar Assadiq
Réf Akhdar Magasin 39
AGDAL - RABAT
37 67 36 93

Pr. M. T. ZERZERAZIK
Chirurgie Vasculaire et Viscérale
Clinique la Capitale
46, Avenue Chellah - Rabat
Tél.: 05 37 20 56 15 / 16
INP : 101020378

46, Avenue Chellah - Rabat

Tél. : 05 37 66 11 82 / 05 37 76 75 76 / 05 37 76 72 76

Fax : 05 37 76 72 73

Patente : 25129079 - I.F. : 3303109 - CNSS : 6459368

E-mail : cliniquelacapitale@yahoo.fr

Site web : www.lacapitalemaroc.com



ISO 9001 V 2015
ISO 13485 V 2016



SUCCURSALE RABAT

1 RUE JAAFAR ASSADIQ

TEL: 0537673693

FAX: 0537673693

CLIENT
MR ACHOUR FARID

06/01/2020

FACTURE	NUMERO 6645
---------	-------------

10. The following table summarizes the results of the study.

ANSWER

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE NEUF CENT DIRHAMS

PROMAMEC
01, Rue Jaâfar Assadiq
Rés. Akhdar Magesin 39
AGDAL - RABAT
97 67 36 93

PROMAMEC S.A au capital de : 39.737.600,00 DHS

Zone Industrielle commune Urbaine Lissasfa 2, chemin tertiaire 1077 Casablanca - Maroc

Tel : +312 522 000 017 / 61 Fax : +312 522 000 016/20 Mail: contacter@promamec.com Site : www.promamec.com

Docteur BENABDERAZIK TAOUIFK
Médecin Spécialiste
Chirurgie vasculaire et viscérale
Angle Ammane et Yougoslavie
RABAT

T.P : 25106963
I.F : 34160021
C.N.S.S : 2917146
ICE : 001613498000097

Tél : 05-37-20-56-15

Date 26 / 11 / 2019

FACTURE D'HONORAIRES

Nº 008488

Client : M. ACHOUR Farid

Organisme : Rien

Qté Code	Nature de l'acte Nom du Patient	Montant
1	Consultation	300,00
	Dr. M. T. BERABDERRAJI Chirurgie Vasculaire et Viscérale Clinique la Capitale 46, Avenue Chellah - Rabat Tél.: 05.37.20.56.15 / 16 INP : 101020378	
	TOTAL	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois Cents
dollars -

Mode de règlement : Espèce

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 29.11.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule : <u>2926</u>	e-mail : <u>Tarbi.ac@outlook.fr</u>	Phones : <u>0639971503</u>
Nom et Prénom de l'adhérent : <u>Achour FARID</u>		
Nom et Prénom du bénéficiaire : <u>Achour FARID</u>		
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné : <u>M. BENABDERRAZIK</u>		
Estime que l'état de santé de M ^{me} , M ^{me} , M. <u>Achour FARID</u>		
Nécessite <u>une intervention chirurgicale</u>		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	<u>K80</u>	
Une hospitalisation de (approximatif) <u>deux jours</u>		
A (préciser l'établissement hospitalier) <u>Clinique La Capitale</u>		
STRICTEMENT CONFIDENTIEL		
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :		
<u>Recidive hernie inguinale gauche.</u> <u>cette avec plaque.</u>		
Cachet, date et signature du praticien	Pr. M. T. BENABDERRAZIK Chirurgie Vasculaire et Viscérale Clinique la Capitale 46, Avenue Chellah - Rabat Tél.: 05 37 20 56 15 / 16 INPE : 101020378	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS		
Décision :		
<hr/> <hr/> <hr/>		

N.B. cette **demande d'accord** préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.