

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : adhésion@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.

MUPRAS - Avenue Abdellah Abdallah - 6ème étage - Angle Rue Mohamed Pakhi et Rue Alaa Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca - Maroc - Tel : 05 21 31 65 00 - Fax : 05 21 37 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-631618

73290

Optique

Autres

MUPRAS (RAM)

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

4588

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

BADOU Abdelkhalak

Date de naissance

01/01/1957

Adresse

63 lot Jardins Targa 40120 Marrakech

Tél. :

0656872525

Total des frais engagés :

816,80

Dhs

Autorisation CNPDP : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

DR BRITTEL SARA

ORL Et Chirurgie Cervico-Faciale

INPE: 071254544

Appt. 3, 3ème étage, Res Caroline, Angle Bd Med VI

& AV 4ème DMMC, Gueliz, Marrakech

Tel: 06 62 62 01 90 / Fixe: 05 24 43 34 59

Date de consultation

24 / 05 / 2021

Nom et prénom du malade

BADOU Abdelkhalak Age: 01/01/57

Lien de parenté

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie

Flurite

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 :

Marrakech

Le : 24 / 05 / 21,

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-631618

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4588

Nom de l'adhérent(e) :

816,80

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
24/05/21	- CS -		350,02	 INSTITUT DE LA VISION ORL Et Chirurgie Cervico-Faciale N°PE: 07125454 Appt 3, Avenue de Ros Caroline, Angle Bd Med V & Av 4ème DMM, Curielz 69130 Villeurbanne Tel: 06 62 62 01 90 / Fixe: 05 24 43 34 51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL HILAL Dr. MOHAMED TAZI 15-14 éplandres IZIKI II - Azilal Marrakech - Tel. : 0524 44 11 11 	24/05/21	466.80

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
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

* 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"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES				
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r l} & H \\ \hline 2000000000 & 114333333 \\ 0000000000 & 000000000 \\ \hline 300334111 & 114333333 \\ \hline B & G \end{array}$			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>				

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الرحمة
Clinique ERRAHMA

OPHTALMOLOGIE
MÉDECINE NUCLÉAIRE
RADIOLOGIE
ANESTHESIE-REANIMATION
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
NEUROLOGIE
NEURO-CIRURGIE
CHIRURGIE
MAXILLO-CERVICO-FACIALE
CHIRURGIE PLASTIQUE & ESTHÉTIQUE
CHIRURGIE VISCERALE
ENDOCRINOLOGIE
HÉMATOLOGIE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE
RHUMATOLOGIE
OTO - RHINO-LARYNGOLOGIE
ONCOLOGIE
PEDIATRIE & REANIMATION
NEONATALE
CHIRURGIE VASCULAIRE
PNEUMOLOGIE

Lot Zineb El Masmoudi
Targa - Marrakech

Tél : +212 (0) 524 343 461

+212 (0) 524 497 111

Fax : +212 (0) 524 397 977

تجزنة زينب، المصمودي
تاركبة - مراكش

+212 (0) 524 343 461

+212 (0) 524 497 111

+212 (0) 524 397 977

ICE : 001576669000036

PATENTE : 45195131

CNSS : 4814457

IF : 18752001

RC : 73241

Le 24/05/21

Toussien Badra Abdelkhalek

10,-

① - Nétanaz

SP

2 pulv Inj 15 SV 0,2 ml

LOT: GA00631
PER: 06/2022
PPV: 110 DH 00

olaMart
elle Inviolabil

99,70

② - Labixten

SP

sup 15 SV 0,2 ml

LOT: 14520012
PER: 10/2025
PPV: 99,70 DH

55,10

③ -

Oro pro porches spray

1 pulv x 3 b x 1ml

LOT: 6959169
PER: 07/2023
PPV: 55,10 DHS

140,-

④ -

Deder

SP

gel 1x25 SV 1 ml

LOT: 201160
PER: 04-2023
PPV: 140,00DH

62,00

⑤ -

Unisept gouttes auriculaires

3gouttes x 25 x 0,5 SV

466,80

DR BRITEL SARA
ORL Et Chirurgie Cervico-Faciale
Tél: 05 24 34 45 44
Fax: 05 24 41 34 59

DR BRITEL SARA
ORL Et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 071254544
Appt à 3ème étage Res Caroline, Angle Bd Med H
& Av. Prince DMM, Laâyoune - Marrakech
Tel. 06 62 62 01 90 / Fixe: 05 24 41 34 59

CLINIQUEERRAHMA

MARRAKECH
Tél : 05.24.34.34.61
Fax : 05.24.39.79.77

F A C T U R E

N° 3 704 / 2021 du 24/05/2021

Nom patient	BADOU ABDELKHALEK	Entrée 24/05/2021	Sortie 24/05/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

	Total général	350,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Spécificité	Montant	Total encaissé	Solde
	350,00		350,00	0,00