

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-605490

84037

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 3120

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELAMRANI JANAL RACHID

Date de naissance : 08-07-1955

Adresse : 170, GRAPPEZ ATELKIS

MARRAKECH

Tél. : 06 61 18 71 45

Total des frais engagés : 413,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'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 : 07/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
IMP A. ATTANNOU Pharmacie 102073426	le: 29/11/2011	= 13,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELIEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE DES
MALADIES DU COEUR
ET DES VAISSEAUX



أمراض القلب والشرايين

Rabat, le

29/07/21

M. EL ARRANI-FANAC
Rabat, le : 20/01/19
RAISON

#3 work :

1. TWYNSIA. 16
80/m

L. SOTALEX 160

3- Dilekt \times $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2}$

4- Hyperium 1 cp

النحوبي
Pharmacie ATTANNOUE
Dr. ERRAFIAY Salwa
Pharmacie

6 Place Talha - Av. Ibn Sina - Agdal - Rabat

Fax : 05 37 58 19 52 - E-mail : cmcvcliniqueagdal@gmail.com - Site web : www.medecine.ma / cmcv
ICE : 001713069000035

CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX



مصحة أمراض القلب والشرايين

100061159



FACTURE

N° 4 448 / 2021 du 29/07/2021

Nom patient	EL AMRANI JAMAL RACHID	Entrée 29/07/2021	Sortie 29/07/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1.00		50.00	50.00
Total Frais Clinique				50.00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. JAMAI SOUAD C/0105 (cardiologue)	1.00	V2	250.00	250.00
Total prestations externes				250.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total général	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300.00				300.00	0.00

Clinique des Maladies
du Coeur et des Vaisseaux
Agdal - Rabat
Tél: 0537 77 22 22-Fax: 0537 77 95 27
ICE: 001713069000035