

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Éducation :

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

Réclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

94418

Déclaration de Maladie : N° P19- 0001799

Maladie

Dentaire

Optique

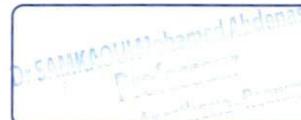
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1504	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		FERRATI ABDELHADJ Date de naissance :	
Adresse :		lot MABROUKA 99 ROUTE D'ABD MAMEDOU	
Tél. :	066.114.9294	Total des frais engagés :	529,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KRIS AMINA Age: 57

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Crise de spasmophilie

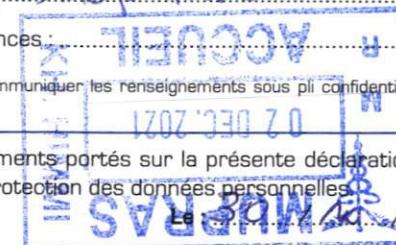
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Manzellez

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
30/10/2021	Naix Sactume		524,00	DRH Service des Urgences Tarda Zdaghia Menara - Marrakech

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

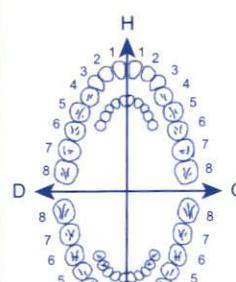
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Urgences

Réanimation

Cardiologie
Interventionnelle

Oncologie Médicale

Radiothérapie Il s'agit de Mr/Mme **KOUDI AMINA**

Sénologie Agé de **56** Ans, ayant comme ATCDS.....

Maternité **RASS**

Réanimation Néonatale Qui a consulté aux urgences le **30/10/2021** pour

Chirurgie Cancérologique **Crise de Spasmophylie**

Chirurgie Digestive **Perforation Colique**

Chirurgie de l'Orteil Le (La) patient(e) a bénéficié de

Chirurgie Thoracique **Perforation Colique**

Coeliochirurgie **Perforation Colique**

ORL **Perforation Colique**

Endoscopie **Perforation Colique**

Urologie **Perforation Colique**

Neurochirurgie **Perforation Colique**

Traumato-orthopédie **Perforation Colique**

Ophtalmologie Et a reçue comme traitement **Neant**

Chirurgie Esthétique **Neant**

Chirurgie Maxilo-faciale **Neant**

IRM, Scanner **Neant**

Radiologie **Neant**

D: SAMKAOUI Mohamed Abdessaber
Professeur
Spécialiste en Anesthésie - Réanimation
Signature

Le : 30/10/2021

Références 15 132 / 211030173354629015
PAYANT
Entrée / Sortie : 30/10/2021 - 30/10/2021

Le Pr. SAMKAOUI ABDENASSER

présente à Mr KRID AMINA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr SAMKAOUI Mohamed Abdenasser
Professeur
Spécialiste en Anesthésie - Réanimation

Cachet et signature

CLINIQUE LE MARRAKECH

D.A.M.E.S. S.A.R.L
TARGA ZDAGHIA MENARA
TEL :05.24.39.65.65 - 05.24.39.65.00

F A C T U R E

N° : 15132 / 2021 du 30/10/2021

Nom patient **KRID AMINA** Entrée 30/10/2021
PAYANTS Sortie 30/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
PERFUSION	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	150,00
PHARMACIE (médicaments)	1,00		26,26	26,26
PHARMACIE (consommable médical)	1,00		47,75	47,75
			<i>Sous-Total</i>	74,01
Total Clinique				224,01
PR. SAMKAOUI ABDENASS (anesthesie-reani)	1,00	CS	300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Autres prestations				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT VINGT-QUATRE DIRHAMS UN CENTIMES	Total	524,01

CLINIQUE LE MARRAKECH
D.A.M.E.S Sarl.
Service des Urgences
Targa Zdaghia Menara - Marrakech