

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 065811

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6165

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL HOUSSEINI HILAL Mohammed Amine

Date de naissance :

06-08-1963

Adresse :

30 lot JAWHAR TARGA
MARRAKECH

Tél. :

0661198032

Total des frais engagés :

473,63 DHS

+ 500,00 AMBULANCE

973,63

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Mouhamed EL HOUSSEINI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

douleur thoracique

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 :

02/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Diagnostique 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

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

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			
		AM	PC	IM	IA
de 7/10/21	# 100.00	#			

15
 06
 27

2 GHI 100 12 BUREAU
 LES PROTES DE
 06 27 27

RELEVÉ 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE GRAND ATLAS

F A C T U R E

N° 15 943 / 2021 du 07/10/2021

Nom patient	KOUHEN MOUNIA	Entrée 07/10/2021	Sortie 07/10/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1,00		100,00	100,00
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	200,00
PHARMACIE	1,00		123,63	123,63
			Sous-Total	123,63
Total Frais Clinique				323,63
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EJLAIDI AZIZ (anesthésie-reanimat)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total prestations externes				150,00

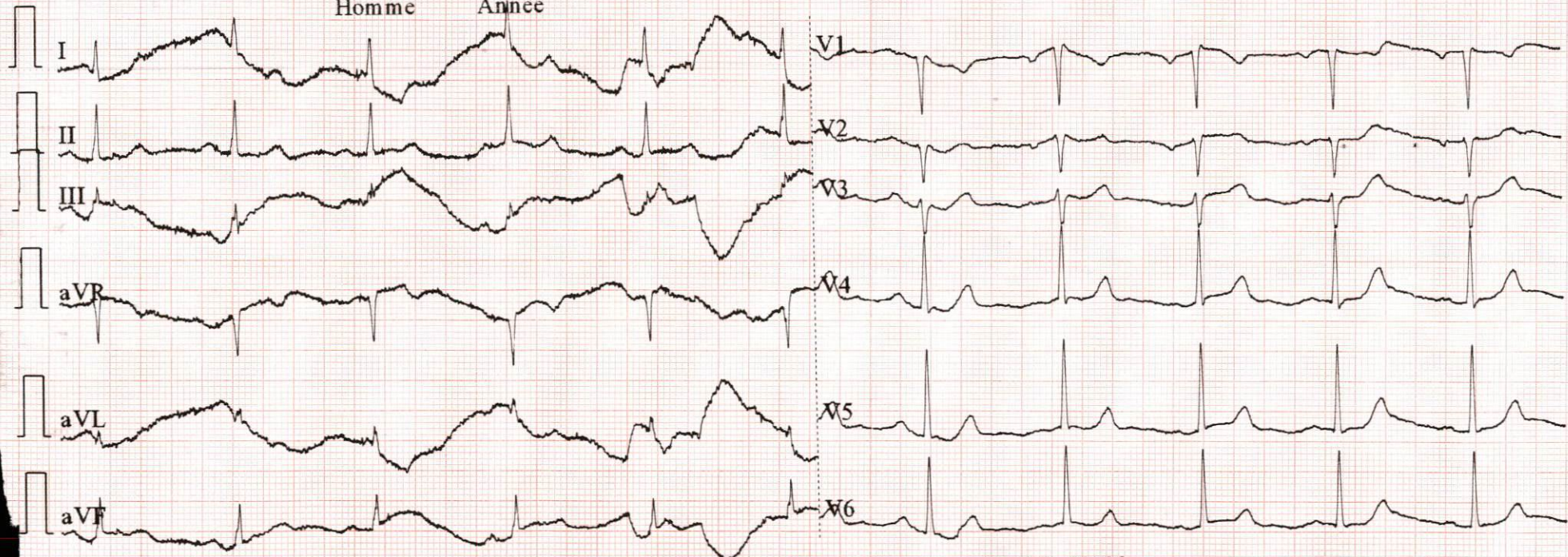
	Total général	473,63
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT SOIXANTE-TREIZE DIRHAMS SOIXANTE-TROIS CENTIMES		473,63

Encaissements	Carte Bq 473,63	Total encaissé 473,63	Solde 0,00
---------------	--------------------	--------------------------	---------------



I 6516 07-10-2021 17:35:07

Homme Année



0.67~150Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2*5.0s SE-601 1.12

SEMIP V1.90

6516

07-10-2021 17:36:26

Homme

Année

I

V1

II

V2

III

V3

aVR

V4

aVL

V5

aVF

V6

0.67~150Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2*5.0s SE-601 1.12

SEMIP V1.90

Marrakech, le 07/10/2021

FACTURE N : F0137

DOIT: Mme EL KOUHEN Mounia

Objet: services ambulance

Date : 07/10/2021

Désignation	Quantité	Prix HT	Prix Total HT
TRANSFERT PAR AMBULANCE DE CLINIQUE GRAND ATLAS VERS CILINIQUE INTERNATIONAL	1	430,00	430,00
		T H	430,00
		Tva 14%	70,00
		Total TTC	500,00

ARRETE LE PRESANT FACTURE A LA SOMME DE: CINQ CENT DH

