

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4517 Société : Ray
 Actif Pensionné(e) Autre : A 68988
 Nom & Prénom : TAHIA KHALID
 Date de naissance : 29/06/62
 Adresse : 2 Rue AIR MELLOU L Av. ZEROUNE Souissi
 Tél. : 666.119.75.36 Total des frais engagés : 9 928,90 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

GUERRAOUI Jawad
Spécialiste en Cardiologie et
Maladies Vasculaires
INPE : 101068369
Tél : 06 61 16 17 94

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2023

Nom et prénom du malade : TAHIA Khalid Age : 51

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : HTA Date : 21 JUIL 2023

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 : Jawad

Le : 01/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : Jawad

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
23/06/2023	DS		7350,00	Dr. SABRAOUI Jawad Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires INPE : 101068369 Tél : 06 61 16 17 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Benjelloun Zerhoun 2000 T : 05 22 32 68 PE : 102015153	23/06/2023	578190

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique les Ambassadeurs

Clinique Multidisciplinaire

+0.08.084 | 14402081



مصحة السفراء

مصحة متعددة الإختصاصات

+0.08.084 | 14402081

PPV : 82DH70

PER:09/25

LOT:L3098-1

Ordonnance

Rabat le : 23.06.2023

Mr. Yassine Khalid :

7x82DH70
5781w

+ Préjan 50 :
1-2

PPV:84DH80
PER:09/25
LOT:L3097

Dr. BENILOUON SONIA
Spécialiste en Cardiologie
Maladies Vasculaires
INPE : 1010683
Tél : 06 61 16 17
Tél : 05 37 63 68 64
Fax : 05 37 63 15 53
E-mail : accueil@clinique-les-ambassadeurs.ma

PPV 82DH70
PER 03/26
LOT M1146

PPV:82DH70
PER:02/26
LOT:M747

PPV 82DH70
PER 03/26

PPV 82DH70
PER 03/26
LOT M1146

PPV:84DH80
PER:09/25
LOT:L3097

Lot. N° 3 ,Lottissement Al Houda Souissi - Rabat - Tél. : 05 37 75 49 93

Fax : 05 37 75 59 55 Gsm : 06 61 99 15 99 - E-mail : accueil@clinique-les-ambassadeurs.ma

C.N.S.S : 4255007 - Identification Fiscal : 15183681 - Patente : 25950303 - ICE : 001602765000052

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE
LOT.N°3, AL HOUDA SOUSSI
RABAT

Reçu de caisse

Médecin : DR. GUERRAOUI JAWAD

N° : 23062315590115101 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
230623154931ME-001	YAHIA KHALID	23/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : HOURIA



23.06.2023 15:35:22

Clinique Les Ambassadeurs

Rabat

Localité:
Chambre:
Numéro d'ordre:
Indication:
Médicament 1:
Médicament 2:
Médicament 3:

70 /min

TA = 143/93 mmHg
SpO2 = 96%

QRS: 86 ms
QT / QTc Baz: 380 / 410 ms
PQ: 154 ms
P: 100 ms
RR/PP: 860 / 857 ms
P/QRS/T: 47 / 14 / 32 degrés

Rythme sinusal normal
Possible Hypertrophie aunculaire gauche (HAG)
ECG limite:

Utilisa:
Med. requérant:
Méd. référant:
Méd. soignant:

