

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.



Déclaration de Maladie

M23-0019899

190551

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01296

Société : Retraite RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KOUSSEAIMI Mohamed

Date de naissance : 13-08-1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 066680736 Total des frais engagés : 600 dinars Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 / 01 / 2024

Nom et prénom du malade : EL KOUSSEAIMI Mohamed Age : 74

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : gène

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casa

Le : 13/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Rajustement des Actes
21.11.23	18/11		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27.11.23	Rx genoux F+P	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

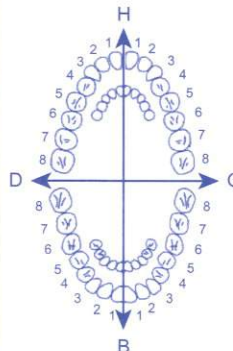
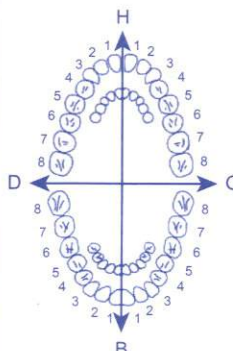
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CIM Santé



HUPM

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

مصلحة متعددة الاختصاصات

ORDONNANCE

27/11/23

M. EL KOUSS AME M'hmed

1) Rx glenohumérale
J & P

HUPM
HOSPITALITY EXPERTISE PRIVE
MARRAKECH
Dr. Laila BOUHSARY
Chirurgie Orthopédique
Dr. Y. ABDELFTTAH
Pr. Agrégé
Med. Physique et Readaptation Fonctionnelle
INP: 071209803

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

070062385



F A C T U R E

N° : 11829 / 2023 du 27/11/2023

Nom patient **EL KOUSSAIMI M HAMED**
PAYANTS

Entrée 27/11/2023
Sortie 27/11/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE SPECIALISTE	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300.00

 HOPITAL PRIVE MARRAKECH
Dpt. Soins de Suite & Rééducation
Lotissement Ryads Al Atlas (E.N)
Route du barrage - Ma
Tel: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 42 12
INPE : 070062385 / N° 19

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

F A C T U R E

N° 11 837 / 2023 du 27/11/2023

Nom patient	EL KOUSSAIMI M HAMED	Entrée 27/11/2023	Sortie 27/11/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RX DU GENOU F+P	1,00	Z	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total				300,00

	Total général	300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 300,00				Total encaissé 300,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------

 HOPITAL PRIVE MARRAKECH
Lot Ryads Al Atlas (EMBARKAIII)
Route du barrage Marrakech
INPE : 076062385
Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 49 12
N° 3

Marrakech, le 27.11.2023

NOM ET PRENOM : Mr EL KOUSSAIMI M'HAMED

MEDECIN TRAITANT : Dr Y.ABDELFTTAH


Rx GENOU GAUCHE FACE

Résultat :

- Arthrose fémorotibiale prédominant sur le versant interne, avec ostéophytose marginale.
- Arthrose fémoropatellaire avec ostéophytose.
- Absence de calcifications des parties molles.

Au total :

Arthrose tricompartmentale

 **Dr. BOUHDIARY**
Merci de votre confiance