

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-826114



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9558

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : JAAFAR HAFID

Date de naissance : 24/10/1969

Adresse : JILLA 446 20000 OZ NAKHL SID

Tél. : 0661702960

Total des frais engagés : 41112,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/01/2024

Nom et prénom du malade : JAAFAR LINA

Age : 58

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DENTITES NTE GENVEL

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 : MARRAKESH

Signature de l'adhérent(e) :



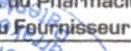
Le : 12/01/2024

VOLET ADHÉRENT

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 07/09/2024 | | | | INP :  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 07/01/24 | 212,60 |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---|------------------------------|------------------------|
| 07/01/24 | INPE 07/01/24 19:52:40 24/01/24 19:52:40 | Grenou | 400,00\$ |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ordonnance médicale

Date : 07.01.29

Nom et prénom : Maafar lina

123.6

1/ Inexiu 40
1cp le - a fin

66,80

2/ Koltaren 50

22.00

3/ Carbol piano

~~CLINIQUE PLAZA~~
INPE : 070064795
Rue Ibn Toumert Gueliz, Marrakech
Fix : 05 24 42 35 74
Mobile : 06 66 42 35 74
Fax : 05 24 42 35 74
Email : contact@clinique-plaza.com
Adresse : Rue Ibn Toumert, Gueliz, Marrakech

SYNTHMEDIC
22 rue zoubier bniou al asouam reches
notires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/50MP/21/NRQ P.P.V : 123,60 DH
6 118001 020607

SV
LOT: M23104
EXP: JUN 2026
PPV: 66,80 DH

PPV: 22DH20
PER: 10/25
LOT: M3502

812.6

SV
apuis re P4

SV
Dr Khalid SADI
Medecin Généraliste
Medecin Militaire du Service des
Urgences de l'Armed Militaire AVICENNE
INPE 031229941

Clinique Plaza • مصحة بلازا

RC : 110641 • ICE : 002728101000066 • Téléphone : 05 24 37 91 85
Fax : 05 24 42 35 74 • E-mail : contact@clinique-plaza.com
Adresse : Rue Ibn Toumert, Gueliz, Marrakech

Ordonnance médicale

Nom et prénom : Yassafar lina

Date : 07.01.24

2 genou dr F
P

~~CLINIQUE PLAZA~~

INPE: 070064795
Rue Ibn Toumert Gueliz - Marrakech
Fix: 05 24 37 91 85

Dr. Mohamed CHAKRB BENFDIL
Radiologue

~~Dr Khalid SADI~~

Medecin Généraliste
Ancien Médecin Médecin du service des
Urgences de l'Hôpital Militaire AVICENNE
INPE 031229941

Médecin :

Clinique Plaza • مصحة بلازا

RC : 110641 • ICE : 002728101000066 • Téléphone : 05 24 37 91 85
Fax : 05 24 42 35 74 • E-mail : contact@clinique-plaza.com
Adresse : Rue Ibn Toumert, Guéliz, Marrakech

CLINIQUE PLAZA

RUE IBNO TOUMERT GUELIZ MARRAKECH
FIX:0524379185 FAX:0524423574

F A C T U R E

N° Admission : 24A071344-1

N° 22 R / 2024 du 07/01/2024

| | | | |
|-----------------|-------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | JAAFAR LINA | Entrée 07/01/2024 | Sortie 07/01/2024 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

CONSULTATION

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| RADIO GENOU | 1,00 | | 400,00 | 400,00 |
| | | | Sous-Total | 400,00 |
| Total | | | | 400,00 |

| | | |
|---|----------------------|---------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS | Total général | 400,00 |
| | | |

| | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | 400,00 | | | | 400,00 | 0,00 |

Dr. Mohamed CHAKIB BENFIL
Radiologue
CLINIQUE PLAZA
INPE: 24A071344-1
Rue Ibn Toumert Gueliz - Marrakech
Fix : 05 24 37 91 85



Marrakech le 07/01/2024

Nom et Prénom : Mme JAAFAR LINA

RX GENOU DRT FACE ET PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Absence de lésion osseuse post traumatique.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

Dr BENFDIL

Dr. Mohamed CHAKIB BENFDIL
Radiologue

Le : 07/01/2024

Références

155 / 240107140314010708
PAYANT

Entrée / Sortie : 07/01/2024 - 07/01/2024

Le Dr. SADI KHALID

présente à JAAFAR LINA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400.00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

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

Cachet et signature

CLINIQUE PLAZA

RUE IBNO TOUMERT GUELIZ MARRAKECH
FIX:0524379185 FAX:0524423574

F A C T U R E

N° Admission : 24A071344

N° 155 A/ 2024 du 07/01/2024

| | | | |
|-----------------|-------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | JAAFAR LINA | Entrée 07/01/2024 | Sortie 07/01/2024 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

CONSULTATION

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| FRAIS CLINIQUE | 1,00 | | 100,00 | 100,00 |
| | | | Sous-Total | 100,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 100,00 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. SADI KHALID (urgentiste) | 1,00 | | 400,00 | 400,00 |
| | | | Sous-Total | 400,00 |
| Total prestations externes | | | | 400,00 |

| | | | |
|--|--|----------------------|---------------|
| | | Total général | 500,00 |
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CINQ CENTS DIRHAMS | | | |

| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
| | 500,00 | | | | 500,00 | 0,00 |

CLINIQUE PLAZA
INPE: 070004795
Rue Ibn Toumert Gueliz - Marrakech
Fix : 05 24 37 91 89