

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-442223

ND: 36181

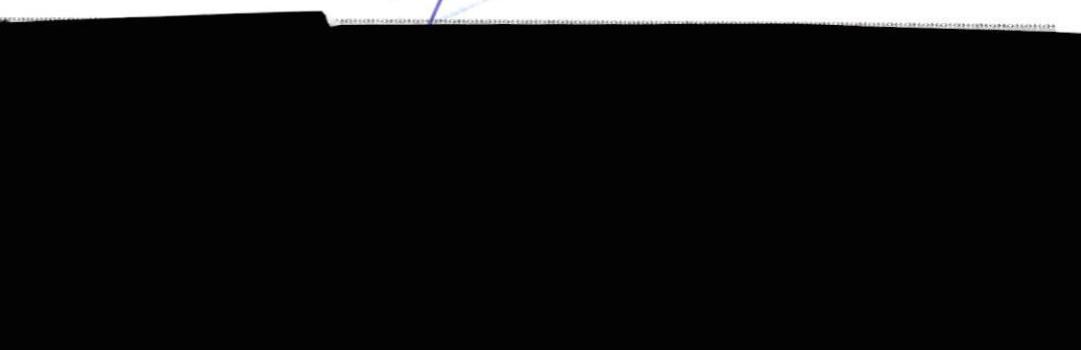
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		<i>CA</i>	
Matricule :	<i>30295</i>	Société :	<i>RAM</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>ALI</i>
Nom & Prénom :		<i>ABOUDI ALI</i>	
Date de naissance :		<i>06/11/65</i>	
Adresse :		<i>Résidence ALIAVITA Zone touristique</i>	
Tél. :		<i>0661159867</i>	
		Total des frais engagés : <i>679,00 Dhs</i>	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. Soufiane EL MALEH</i>			
Date de consultation :	<i>1/1/2012</i>	Age:	<i>52</i>
Nom et prénom du malade :	<i>SAID ABDERRAHMANE</i>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>B.A</i>		
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 : *AliaVita* Le : *27/10/12*

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
23/01/2020	vient à faire			INP : 071180566 Dr. SOUFIANE M'hamed Médecin Urgentiste Institut Privé Marocain de la Santé INPE : 071180566

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIAD AL ATLAS Dr. ABOUZZOOUR Bouchra N° 14 Lot Embarka 3, 4 les Riads de l'Ajas marrakech - Tél : 05 24 01 80 00	23/01/2020	79,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

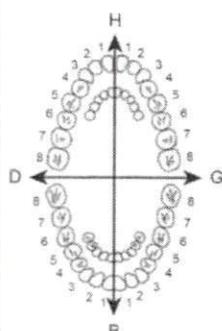
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

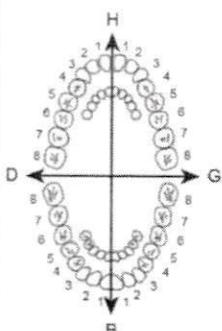
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	26533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Le 23 Janvier 2020

Marrakech, le

ORDONNANCE

ORDONNANCE

79.00



I. **APIXOL**

1 C-A-Soupe 3 x/Jour

pendant 5 Jours

Sirop Adulte



NA

161210094514HK-004 23/01/2020
OUTAHMOUCHT MONA
DTN: 12/12/1981 PAYANT / m
DR.EL MALEH SOUFIANE

PHARMACIE RIAD AL ATLAS
Dr. ABCUZZOHOOUR Bouchra
N° 14 Lot Embarka 3,
les Riads de l'Atlas
Marrakech - Tél : 05 24 01 80 00

Docteur Soufiane EL MALEH

Médecine d'Urgence / Médecine Générale

L'Expertise Médicale et Evaluation du dommage corporel

SERVICE DES URGENCES

HOPITAL PRIVE DE MARRAKECH



8 032578 477337

Lot: 190740

À consommer

avant le: 11/2022

PPC: 79,00 DH

Marrakech le 23.01.2020

RX DU THORAX DE FACE

NOM ET PRENOM : OUTAHMOUCHT MONA

MEDECIN TRAITANT : DR EL MALEH

Résultats :

Pas de nodules parenchymateux.

Pas de foyer de condensation alvéolaire.

Pas d'épanchement pleural.

Silhouette cardio médiastinale sans anomalies.

Conclusion :

Pas d'anomalie décelable sur cet examen.

Merci de votre confiance

DR. LAMYAA EL BEKKALI
Radiologue
HOPITAL PRIVE MARRAKECH

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

F A C T U R EN°: **1355 / 2020** du **23/01/2020**

Nom patient	OUTAHMOUCHT MONA	Entrée	23/01/2020
	PAYANTS	Sortie	23/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EN URGENCE	1,00	K	400,00	400,00
RADIOGRAPHIE DU THORAX SOUS UNE INCIDEN	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	600,00
PHARMACIE	1,00			0,00
			<i>Sous-Total</i>	0,00
Total Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

