

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 : **10062** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HIRACHY HASSAN**

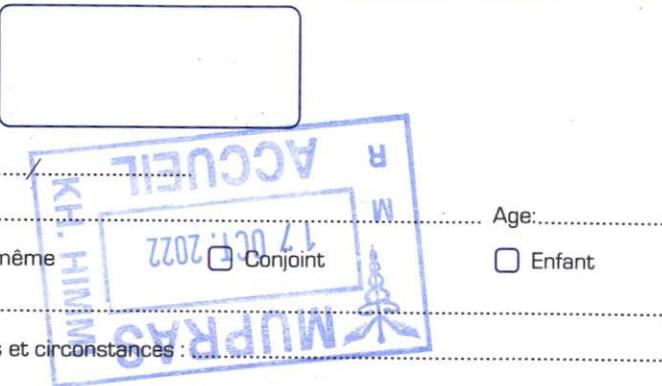
Date de naissance : **1962**

Adresse : **WAFIA H 384**

Tél. : **06 66 33 56 97** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

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
11/10/1 2022	CS + PHARMACIE		3.000 DH + 12.6,00	ALAIN MOHAMMED Médecin Anesthésiste et Réanimateur clinique n°22325083 Iwer n°216 IBRN ZOHR Berrechid

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

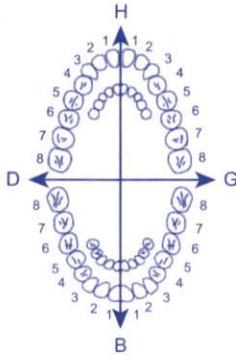
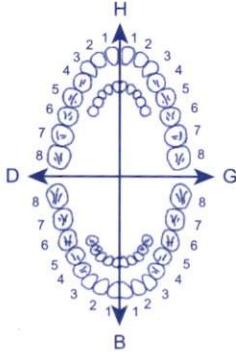
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux [Empty box]
				Montants des soins [Empty box]
				Début d'exécution [Empty box]
				Fin d'exécution [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux [Empty box]
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 35533411 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins [Empty box]
				Date du devis [Empty box]
				Date de l'exécution [Empty box]



مصحة ابن زهر
CLINIQUE IBN ZOHR

Berrechid le : 11/10/2022

CLINIQUE IBN ZOHR

code à barres

0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 | 8 |

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

FACTURE N°

2424 / C / 2022

Assuré

& Prénom

CIN

Immatriculation

Bénéficiaire

Nom & Prénom EL GHALMI AICHA

N° CIN WA92925

Assuré(e)

Conjoint

Enfant

AIS CONSULTATION

Désignation	Qté	PU	Montant
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00
HARMACIE	1.00	126,00	126,00
TOTAL			426,00
TOTAL GENERAL			426,00

Arrête la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

QUATRE CENT VINGT-SIX

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

Clinique IBN ZOHR
46, lot El Amal - Berrechid

1/1

CLINIQUE IBN ZOHR		CIZ		مصحة ابن زهر	
Nom :	EL GHALMI	Prenom	AICHA	Age	
Docteur	ALAOUI	infirmier :	ILHAM	Diagnostic	HTA
EVALUATION DES SOINS D URGENCES					
MISE EN CONDITION					
SOIN INFIRMIERE.	50		50	1	50
CONSOMABLE					
intranule, tubul, seringue s, compresse, bande de gaz		50		1	50
MEDICAMENT					
CHLORURE SODIUM 0,9% INJ 500ML		12,2		0	0
CHLORURE SODIUM 0,9% INJ 500ML		12,2		0	0
ANDOL 1G		18,8		1	18,8
ACUPAN 20mg INJ 1AMPOULE		6,55		0	0
PROFENID 100MG 1FL LYO TV		4,9		0	
SPASFON 40MG 1AMP		3,7		0	0
CLOPRAME INJ 1AMP		1,39		0	0
SOLUMEDROL 120MG INJ		57,6		0	0
OEDES 40MG 1AMP		49,8		0	0
MIDAZOLAM 5MG 1AMP		7,87		1	7,87
CA+/K+/Na+/MG		3,62		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
►		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
		0		0	0
?		0		0	0
Total				126,67	

第六章

26,67

Clinique BN ZOHI
16, Lot. El Amal Berrechid