

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

- Reclamation : 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.

N° M21- 0058633

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

158529
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4725

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOURKIA Abdellah

Date de naissance :

13/11/1958

Adresse : Rue HASSOUNIA N° 8 May ESSAADA

LAAYOUNE

Tél. : 0666061235 Total des frais engagés : 461,43 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/04/2023

Nom et prénom du malade : BENBACHRA Ezzouhair

Age : 60 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : CASA

Le : 22/04/2023

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
92	visites facturées		355,43	
04				
9223	56786/2023			

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/23	106,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
00000000	00000000
35533411	11433553

D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création remont adionction]

ctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is oriented with a vertical axis (H) pointing upwards, a horizontal axis (D-G) pointing to the right, and a diagonal axis (B) pointing downwards and to the right. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 22/04/2023

Hme. BENBACHRA EZ ZOHRA

40.00

1 - EFFIPRED 20 mg / j pendant 5 j petit - déjeuner

2 - TARAXACUM 25 mg / j pendant 5 j

3 - IXOR 20 mg / j pendant 5 j

4 - IXOR 30 mg / j pendant 5 j

5 - EFFIPRED 20 mg / j pendant 5 j petit - déjeuner

Dr. N. BOUNOUAS
Médecin Spécialiste
en Médecine d'Urgences
INPE : 101121424

Dr. N. BOUNOUAS
Médecin Spécialiste
en Médecine d'Urgences
INPE : 101121424

IXOR 20 mg 7 comprimés effervescents
PPV 41DH30 EXP 12/2024 LOT 20019 6

EFFIPRED 20 mg
PPV 40DH00 EXP 12/2025 LOT 2N015 4



Date : 22/04/2023

Quittance - Paiement espèces

0769415

IPP :

N° D'admission : Montant :

Patient : Ben Braima - 02 - 20481

Payé par :

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 786 / 2023 du 22/04/23

Nom patient : **BENBACHRA EZ ZOHRA**

Entrée 22/04/23

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/04/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
PHARMACIE	1,00		55,43 Sous-Total	55,43 55,43
Total Frais Clinique				355,43

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT CINQUANTE-CINQ DIRHAMS QUARANTE-TROIS CENTIMES	Total	355,43

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	355,43				355,43	0,00



A large, handwritten signature is written over a blue circular stamp. The stamp contains the text: "HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID", "N° 56 786", "22/04/23", "TAX. 05290", "E-mail: GMAIL.COM", and "N°ICE: 001740003000026".

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

22/04/2023
14:21

Nom Patient : BENBACHRA EZ ZOHRA		Numéro dossier : 2300673601			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
21/04/2023	METHYLPREDNISOLONE 120mg INJECTA (20)(1)	1504803	1,00	35,00	35,00
21/04/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1504803	1,00	13,10	13,10
21/04/2023	PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET	1504803	1,00	2,44	2,44
21/04/2023	INTRANULE G 20	1504803	1,00	1,95	1,95
21/04/2023	SERINGUE 10ML	1504803	1,00	1,56	1,56
21/04/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1504803	1,00	0,18	0,18
21/04/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1504803	1,00	1,20	1,20
Total pharmacie				55,43	