

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 de données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **13131**

Société : **RATI**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Sakaina EZZENFASSI**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **066677-87-50**

Total des frais engagés :

N63424

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Dr. Mohamed Zayed** Age : **41**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Affect. ORL

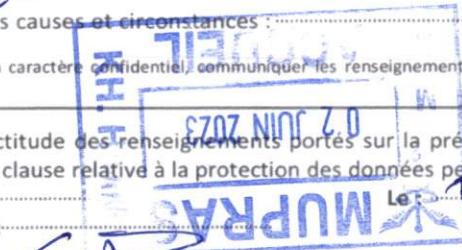
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 13/10/2023

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
13/05/23	K22		1600,-	INP : 111173589 Dr. MO
				CLINIQUE SERVICES FACTURATION 05 93 51 11 11
				MO Clinique tel: 05 93 51 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BOUADDI Dr. BOUADDI, Seadha 2 Lot. Ezzharri Rd. Ben Badis El Jadida - Tél +212 522 22 01	13/5/23	118,9

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

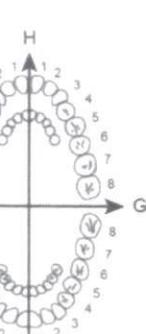
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le "bilan d...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		00000000 00000000 35533411 11433553		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'EXÉCUTION

CLINIQUE IBN BADIS
Spécialités Polyvalentes
URGENCE 24/24

EL JADIDA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **Enfant AINI MOHAMED ZIYAD**

Chambre :

Médecin traitant **MORTADA FAISSAL**

Prise en charge **Payant**

Date entrée **13/05/2023**

Date sortie **13/05/2023 12:37**

Le caissier

L'infirmier

Le major

*CLINIQUE IBN BADIS
URGENCE 24/24
Tél: 0523 93 51 1172*

CLINIQUE IBN BADIS

Spécialités Polyvalentes
URGENCE 24/24

F A C T U R E

N° : 1058 / 2023 du 13/05/2023

Numéro dossier : 3E130732

Médecin traitant : DR. MORTADA FAISSAL

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Enfant AINI MOHAMED ZIYAD	Payant	13/05/23 13/05/23

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
K20		1,00	1 600,00	1 600,00
Sous/Total				1 600,00
Total clinique				1 600,00

Arrêtée à la somme de :

MILLE SIX CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL 1 600,00

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
1 600,00		1 600,00	

CLINIQUE IBN BADIS
SERIAL EXPIRATION
11/2023

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 11/2025
LOT 20018 24

CLINIQUE
IBN BADIS

CLINIQUE

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE FACTURATION
Tél: 0523 93 51 12

مصحة ابن باديس
متعددة الاختصاصات

El Jadida, Le 13.05.23

Enfant Aini Mohamed 2iyo d
66,10 1. 2am & enfant sirap SV

Dr. Marmame ROUABDI
Dr. BOUADDI S.
Lot. Elcharbadi, Ibn Badis
Télé: 0523 37 73 01

12,80

2. Motif sirap 300mg Suppo SV

150TFC faire demande
max 2 TFC

40,00

3. EFFipred. 20 SV

Clinique MOURAD FAÏSSA
ORL - Chirurgie
Maxillo - Faciale
Médecine Ibn Badis

19/11
Nesone x 2ml Vcl h hdy m
مصحة ابن باديس

10, Bd Ibn Badis - El Jadida

Tél : 0523 39 51 11 - 0523 39 51 12 Fax : 0523 37 31 25

Site web : www.cliniqueibnbadis.com E-Mail : cliniquebadis@gmail.com

شارع ابن باديس - الجديدة

66, NO

PPV 66DH10

LOT L3304 PER 10/24

12,80



POLYDISCIPLINAIRE

مصحة ابن باديس

متعددة الاختصاصات

El Jadida, Le 13/05/2023

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE D'ORLÉANNE
Tél: 0523 39 51 11

Note confidentielle

Enfant. Ann. Mohamed Ryed

présente un hypertrophie
des végétations adénoides
qui nécessite une
adenolectomie

1k 20

Dr. MOURTADA Faissal
ORL Chirurgie
Maxillo - Facial
Clinique Ibn Badis
Tél : 0523 39 51 11

Clinique Ibn Badis

10, Bd Ibn Badis - El Jadida

مصحة ابن باديس

شارع ابن باديس - الجديدة

Tél : 0523 39 51 11 - 0523 39 51 12 Fax : 0523 37 31 25

Site web : www.cliniqueibnbadis.com E-Mail : cliniquebadis@gmail.com



Clinique Ibn Badis
POLYDISCIPLINAIRE

مصحة ابن باديس

متعددة الاختصاصات

El Jadida, Le

12/05/2023

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICES FACTURATION
Tél : 0523 39 51 11 / 12

Rufat. Aini' Mohamed Ziyad

C.R.O:

- A Gr;
- Adenot-dachomie;
- Contrôle de l'hémostase.

MOURTADA
ORL Chirurgie
Maxille - Faciale
Clinique Ibn Badis
0523 39 51 11

Clinique Ibn Badis

10, Bd Ibn Badis - El Jadida

مصحة ابن باديس

شارع ابن باديس - الجديدة

Tél : 0523 39 51 11 - 0523 39 51 12 Fax : 0523 37 31 25

Site web : www.cliniqueibnbadis.com E-Mail : cliniquebadis@gmail.com