

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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7035 Société : R 1096572

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUMLIA LAHCEN

Date de naissance : 22.01.1961

Adresse : BLOC 01 N° 307 JIHADIA DCHIBI
INZEBSANE

Tél. : 0666716970 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Yassine LEMRHARI
RHUMATOLOGUE
INPE: 021254958**

Date de consultation : 21/FEV/2024

Nom et prénom du malade : Satia Salhi Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Lomboscirose Commun

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Salhi



Le :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21 FEV 2024			60	<i>(Handwritten signature over stamp)</i>
CONSULTATION SPECIALISEE EN RHUMATOLOGIE INPE: 02123458				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL TETOUANI Dr. M. SOUBKRY Bd. A. Bak, Résidence Assalam Al Attaha Bcheira Tél: 05 28 33 84 49 INPE: 02023671	21/02/2024	156,50
INPE: 042023671		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS	
	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
DATE DU DEVIS					DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Yassine LEMRHARI
RHUMATOLOGUE
Centre hospitalier provincial de INEZGANE

21 FEV 2024

ORDONNANCE

Nom/prénom :

Salma Sarrain

- 62,6
5. PRINCI B fort cp :

INPE 042023671

32,7
1 gél 3 fois par jour pdt 1 mois

PHARMACIE AL FETOUAHI
Dr. M. BOUBKRY
Bd. A. Bak, Résidence Assalam
Al 3ha da Bcheira
Tél: 05 28 83 84 49
INPE: 42023671

- 25,3
6. DUOXOL Cp:

1 Cp 3 fois par jour pdt 7 jours

- 25,3
7. CODALGINE cp :

43,9
1 cp 3 fois par jour pdt 10 jours, puis si douleurs

- 43,9
8. ALOXIA 15 mg cp :

1 cp par jour pdt 10 jours, après repas

156,5
~~Dr. YASSINE LEMRHARI~~
~~RHUMATOLOGUE~~
~~INPE: 021254958~~

NEOS VIT 5

DUOXOL 500mg/2ml
Boîte de 20 comprimés

بـ من 20 فرمـ

37,00

PPV
LOT
PER

50,60

43,90

Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Région de Souss-Massa
Province de INEZGANE-AIT MELLOUL
Hôpital Centre Hospitalier Préfectoral
d'INEZGANE



وَالْجَمَاهِيرِيَّةِ الْجَمِيعَةِ
الْمُسْتَشْفَى الْعَلِيُّ لِانْزِكَان

FACTURE N°



PAYANT18910/24

Code ANAM



040005092

Identification patient

Code IPP



20963510198954

Nom et Prénom du bénéficiaire :

SOLHI SAADIA

CIN :

B740824

N° d'admission :

16662/C/24

Adresse :

DCHERA

Information

Service :

RHUMATOLOGIE

Motif d'admission :

CONSULTATION DE
SUIVI - PROGRAMMÉE

Date Consultation :

21/02/2024 09:39

Débiteur

Organisme :

PAYANT (Payant)

Nom et prénom de l'assuré :

Lien avec l'assuré :

N° d'Individu :

Médecin traitant

Médecin traitant :

Spécialité :

Catégorie	Prestation	Date	NGAP	Clé	Coeff	P.U	Qté	Prix Total
Consultation	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE	21/02/2024	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE	Cs	I	60,00	1	60
Total prestations :								60,00

Montant Total

60,00 Dhs

Montant Organisme

0,00 Dhs

Montant Assurée

60,00 Dhs

Clé	Total
Cs	1

Arrêtée la somme à payer par le Patient au montant de soixante Dirhams

Arrêtée la somme à payer par l'Organisme au montant de zéro Dirhams

Fait à Inezgane, le 21-02-2024 09:40

Signature responsable

Facture établie par

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la protection sociale

Hôpitalier d'Inezgane

Reçu de M.

somme de

Nature de recette	EX	Somme
CONSULTATION SPECIALISEE		600,-
TOTAL		

Quittance
N° 0003941 6

Cachet du
Service

Le:

Signature du
Régisseur

