

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 : 00450

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ZEGGANI Mohamed

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : 1194AY ALWahda - El Alia

20830 Mohammed

Tél. : 0611035073

Total des frais engagés : 27695 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : X

Date de consultation : 16/04/2024

Nom et prénom du malade : Dr Soufiane BELLAZI

Lien de parenté : lui-même

Nature de la maladie : Dyspnée inspi/ratoire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : Mohamed

Signature de l'adhérent(e) : Mohamed

Le : 16/04/2024

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
16/06/2014	Visite de suivi	1	204,33	Dr. Soufiane MEDIKER Médecin urgentiste Technique CHU de Rouen INPE : 11122574

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HASSANIA Dr. BERRI Najat P. LBOUCHE N° 165, Bd de la Résistance EL AÏA MOHAMMEDIA Tél. 05 23 28 76 61	16/04/24	71,80

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

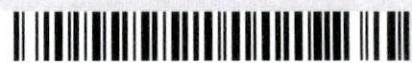
The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four rows: top row (1, 2, 1, 2, 3, 4), second row (5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4), third row (6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4), and bottom row (7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). A coordinate system is overlaid on the arch. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The vertical axis is labeled 'B' at the bottom and 'H' at the top. The arch is oriented such that the top teeth are at the top of the diagram and the bottom teeth are at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE MEDICALE

IPP: 2400021127



N° dossier: **URG_1118/2024**

Nom et prénom du patient: **EL KHAOUDI RAHMA**

Date naissance: **01/11/1945 (78 ans)**

Service: **URGENCES**

31,80

OSMOSINE 1 g/5ml suspension buvable voie orale

1 G/5ml, voie orale 3 fois par Jour(s) pendant 5 Jour(s) Après le repas

PREDNI COOPER 20 mg comprime effervescent voie orale

20 mg, voie orale 1 fois par Jour(s) pendant 3 Jour(s) Avant le repas

Précision supplémentaire : 3 CP PAR JOUR LE MATIN A JEUN

21,80
Editée le: 16/04/2024 12:16

PHARMACIE EL HASANIA
Dr. BERRI Nafat EP. LABOUCHE
N° 165, Bd. De la Résistance
El Aïla - MOHAMMEDIA
Tél. 05 23 28 76 61

Signature et cachet du médecin
Dr. BELLABBES SOUFIANE

LOT N°:
UT. AV:
PPV (DH):

45,00

PPV 31 DH 80



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ



POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA
HAY EL INARA - MOHAMMEDIA.
05 23 32 47 60, 05 23 32 47 62, 05 23 31 15 74.05 23 32 47 61.
INPE : 090001470, ICE : 001757364000080 , IF: 1602058

NS
tails des Actes
FAC

FACTURE N° :F240504544/P

N° classement : PAYANT - 4389



090001470

DATE FACTURE : 16-04-2024

Identification patient

N° IPP : 2400021127

Nom et prénom : EL KHAOUDI RAHMA

| N° d'admission : S240501590

Information

Date d'entrée : 16/04/2024 10:30
Organisme 1 : MUTUELLE DE
PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES
(Payant)
N° immatriculation : 00450
Service d'entrée : URGENCES

Date de sortie : 16/04/2024 12:24
N° immatriculation 2 :
Medcin Traitant : Dr. BELLABBES SOFIANE
Service de sortie : URGENCES

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES COTES EN C : CONSULTATION DE GENERALISTE	10677	C	1	80,00	0,00	80.00
AUTRES ACTES COTES EN K : OXYGENOTHERAOIE PAR DEMI HEURE	10677	FURG15	1	100,00	0,00	100.00

Total Pharmacy:

24 35

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
CHIRURGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00	100,00
FURGIS	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
PHAMO	0,00	0,00	0,00	0,00	12,20	100,00
DM NON REMBOURSAB	0,00	0,00	0,00	0,00	12,15	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	204,35 Dhs	-

Montant dû : 204 35

Avances:

Montant Réglé : 204,35

Reste du : 0,00

Avoir : 0,00

TOTAL FACTURE : 204,35 Dhs



مصحة الصمام
POLYCLINIQUE ADDAMAN

ée la présente facture de la part patient
à la somme de :

deux cent quatre Dirhams trente cinq Centimes

204,35 Dhs

EDITE LE : 16 avr. 2024 à 12:25

PAR : AIT NACEUR KHADIJA



204,35
71,8.
276,15