

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.

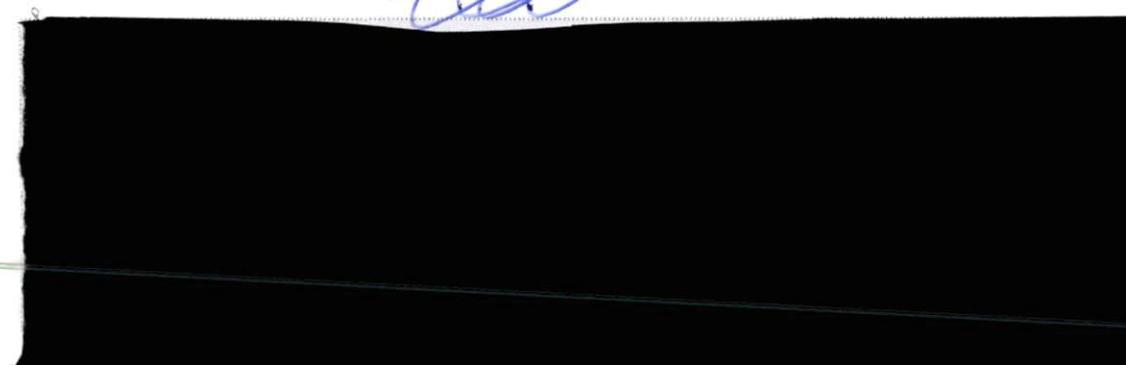
N° W21-648696

8335A

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 036.11	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BASSIME AHMED			
Date de naissance : 25-11-1962			
Adresse : Résidence AL WAHDA, 2^e N° 5, Berrechid			
Tél. : 067314452	Total des frais engagés : 2145,40 Dhs		

Autorisation CNDF N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr AMINE MILI Spécialiste en Anesthésie et Réanimation Médecine Pédiatrique Tel: 052232588	
	
Date de consultation :	28-08-2021
Nom et prénom du malade :	BASSIME AHMED
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
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 :	AL ALAM - BERRECHID
Signature de l'adhérent(e) :	
Le : 04-09-2021	



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
28/08/19	(S)		<p>Dr. MAME MOHAMED AMINE Spécialiste en Anesthésie Réanimat. à l'Hôpital Pédiatrique Clinique Ibn Zohr Tel. 052325883 Date : 28/08/19</p>	INP : 061X58716 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28-08-21	345,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28.08.21	TDM Thoracique	1500 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

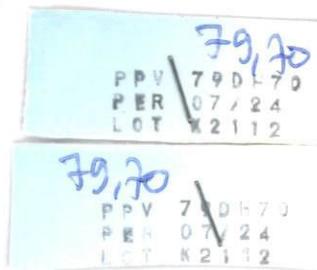
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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 26533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input type="text"/> G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ORDONNANCE

NOM: MR BASSINE
prénom: Ahmed

le:

28/05/2021

2x79,70 47x 100 mg SV
 0 - R - J 1
 0 - 10 - J 2 - J 2
 ② 2x50 mg SV
 1 - 1 - pt zj
 ③ vit gsp
 109,40 2x50 mg SV
 56,30 vit Dr 50 mg SV
 27,70 Cardi. 25 mg 17,1
 345,40

Signé:



PPV: 56,30 DH
LOT: 21A11D
EXP: 01/2023



Cardioaspirine 100 mg/30cpls
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

CLINIQUE IBN ZOHR		Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie																	
<u>INPE, code à barres</u>																			
<table border="1"> <tr><td>0</td><td> </td><td>6</td><td> </td><td>0</td><td> </td><td>0</td><td> </td><td>6</td><td> </td><td>2</td><td> </td><td>7</td><td> </td><td>1</td><td> </td><td>8</td></tr> </table>		0		6		0		0		6		2		7		1		8	
0		6		0		0		6		2		7		1		8			
ESTIMATION N°		1193 / C / 2021																	
Assuré		Bénéficiaire																	
Nom & Prénom N° CIN N° immatriculation		Nom & Prénom BASSIME AHMED N° CIN <input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant																	
Médecin consultant : DR AMINE		Médecin correspondant :																	
		N° TEL																	

FRAIS CONSULTATION

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

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

TROIS CENTS

Clinique Ibn Zohr
46, Lot El Amal - Berrechid

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

Clinique Ibn Zohr
46, Lot El Amal - Berrechid

ORDONNANCE

NOM: **MR BASSINE**
 prénom: **AHMED**

le:

24 / 04 / 2021**Ap: sign****Adr: M****Vaccin****Sepin M cont 19**

Dr ABDOURAHMANE AMITI
 Spécialiste en Anesthésie Réanimation
 Clinique Ibn Zohr
 Tel: 05222325883 / 05222325884
 46 Lot El Amal - Berrechid

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46 Lot El Amal - Berrechid

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE, code à barres

0	6	0	0	6	2	7	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

ESTIMATION N°

Assuré

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

1092 / R / 2021

Bénéficiaire

Nom & Prénom BASSIME AHMED

N° CIN

Assuré(e) Conjoint Enfant

Médecin correspondant :

N° TEL :

RADIOLOGIE-IMAGERIE

Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total
SCANNER - THORACIQUE	1	1 500,00		1 500,00
TOTAL				1 500,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

MILLE CINQ CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

PAYE

IBN ZOHR
BERRECHID

Berrechid le : 28.1.2021

NOM & PRENOM : BASSIME AHMED
EXAMEN : TDM THORACIQUE

COMPTE RENDU

Cher confrère,

Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

TECHNIQUE :

Examen réalisé en séquences spiralées reconstruites en coupes fines de 2,5mm d'épaisseur sans injection du PDC.

Reconstructions coronales et sagittales.

RESULTAT :

- En fenêtre parenchymateuse :

Infiltrat minime en verre dépoli pseudo nodulaire sous pleural apico-basal gauche et basal para cardiaque droit.

Absence d'image de condensation parenchymateuse systématisée .

Absence de lésion nodulaire suspecte visible.

Absence de bronchectasies.

- En fenêtre médiastinale :

Structures médiastinales en place.

Axes vasculaires médiastinaux de calibre normal.

Absence d'adénomégalie médiastinale.

Absence d'épanchement pleuro-péricardique.

- Sur les coupes passant par l'abdomen on retrouve quelques hypodensités pseudo nodulaires hépatiques en rapport probablement avec des kystes biliaires.

- En fenêtre osseuse: absence de lésion ostéolytique ou ostéocondensante d'allure suspecte.

AU TOTAL :

Aspect scanographique compatible avec une pneumopathie infectieuse de type COVID-19 avec atteinte parenchymateuse minime<5 %, classée CORADS6 (PCR positive).

À confronter aux données cliniques et au reste du bilan.

Dr. ABOUIBADELLAH Nawfal
دكتور نواف
Médecin Radiologue
Clinique Ibn Zohr Berrechid