

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 | adhésion@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.

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 12 390 | Société : RAM | (GELAN) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BEN RHANNOU ADIL | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0662 765884 | Total des frais engagés : +600,00 Dhs | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : 08/12/2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : ZENGAON MARIAN | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **CAIR**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **13/12/2021**



EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Diagram B shows a dental arch with numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the following numbers indicating the count of teeth in each section:

- Upper arch: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Lower arch: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

A large downward-pointing arrow is positioned below the arch, centered between the two arches.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom & Prénom : ZENGANI MARIAN

Date de naissance :

Opérateur : S. RECHAM

Appareil : GE Voluson **Type :** E6 **mise en service** 03/2015

Date: 08/12/2012

Modalités d'examens: Voie Endovaginale.

-Uterus en position antéversé, de contours régulier mesurant... d'échostructure homogène.

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.

Epaisseur de l'endomètre de... prévisible... d'un polygone en étoile

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

■ Ovaire droit :

■ Ovaire gauche : l'ovaire apparaît de taille

avec un vaste follicular

normal

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion : Echographie end vaginale

... prévisible... d'un polygone
en étoile = 1,

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 146 663 / 2021 du 08/12/2021

Nom patient : **ZENGAOUI MARIAM**

Entrée 08/12/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 08/12/2021

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--------------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| CONSULT SPECIALITE GYNECO+ECHO | 1,00 | CS | 600,00 Sous-Total | 600,00 600,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 600,00 |

| | | |
|---|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SIX CENTS DIRHAMS | Total | 600,00 |
| | | |

| Encaissements | | | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|--|--|--|--|-----------------------|--------------|
| | | | | | | | 600,00 |

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026*

Date : 08/12/2021

Quittance - Paiement espèces 0629160

IPP :

N° D'admission : Montant : 600 DH

Patient : ZEN GAOUI, HARIAM

Cachet

