

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-685922

112365

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12295

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BIRECH MAMMED YASSINE

Date de naissance : 28/09/1923

Adresse :

RET NERT MUSIC VILLA 55 DAK
GOUA 22A CASABLANCA

Tél. : 0669797542

Total des frais engagés : 73500 CFA/H Dhs

Dr. Z. BARGACH

Neurochirurgienne

Capital Office Center, 93 Bd Abdelmoumen

3ème étage, N°75 - Casablanca

INPE: 091263335

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Vari coute Pendu

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 : CASABLANCA

Le : 19/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

H. HAN

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
27/05/22	Urgence	3629,00		<p>INP : Dr. Z. BARGAC Neurochirurgienne Capitol Office Center, 93 Bd Abdellatif Ben Youssef 3eme étage, N°75 - Casablanca INPE: 091263333</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
[Diagramme d'alignement des dents numérotées 1 à 8 pour les maxillaires et 1 à 8 pour les mandibulaires, avec axes D, G et B.]				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Compte rendu de l'infiltration réalisée le 25/03/22:

Patient installé en décubitus ventral au bloc opératoire.

Repérage scopique des différentes incidences Face, Profil, 3/4

Ponction en regard du foramen L5-S1 sous le menton du Scotty Dog et progression en vision tunnel jusqu'à ce dernier.

Reproduction de la sciatalgie droite.

Neurogramme sur les incidences de Face et vérification de la diffusion produit de contraste en extradural le long de la racine passante.

Injection de 6mg de Betamétasone et 2ml de Lidocaine 2%.

Retrait de l'aiguille.

Dr. Z. BARGACH
Neurochirurgienne
Capital Office Center, Bd Abdelmoumen
3ème étage, N°75 - Casablanca
INPE: 091263335

CLINIQUE VILLE VERTE

ELSAN
 TEL : 0522 51 23 23
 TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° **1934** / 2022 du **25/03/2022**

Nom patient	BIRECH MOHAMMED YASSINE	Entrée	Sortie
Prixe en charge	PAYANTS	25/03/2022	25/03/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
INFILTRATION FORAMINALE	1,00	Z	3 500,00	3 500,00
			Sous-Total	3 500,00
Total Frais Clinique				3 500,00

		Total général	3 500,00
<i>rrêtée la présente facture à la somme de :</i>	<i>TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS</i>		

Encaissements	Chèque		Total encaissé	Solde
	3 500,00		3 500,00	0,00

Ref Chq : BMCI N° 5466126/CVV/