

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) :
11365

Matricule : _____ Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : BENZ AIDOUNE ANASS

Date de naissance : 11/11/11

Adresse : 0667207844

Tél. : 0667207844 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : EL BEDOUI CHI ZIANE

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Poulpe

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Antécédent de maladie

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 : 11/11/2011

Signature de l'adhérent(e) : 

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
20/04/22	Cst + SU + PH	563,05 Dhs	(Anesthésie Réanimatrice)	INSTITUT HOSPITALIER DE AÏN BORJA
				Clinique Aïn Borja Boulevard Ifni Aïn Borja BLANCA ②

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE 51, Rue Rehalu Dr. Mme SEMI SSS Tél: 05 24 80 32 05 22 24 85 46</i>	<i>30/4/22</i>	<i>96,30</i>

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

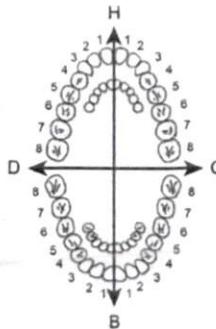
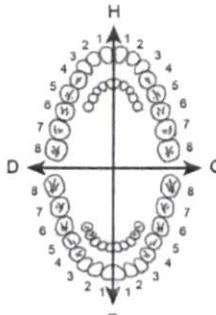
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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"/>															
Coefficient des travaux <input type="text"/>															
Montants des soins <input type="text"/>															
Début d'exécution <input type="text"/>															
Fin d'exécution <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins <input type="text"/>													
		Date du devis <input type="text"/>													
		Date de l'exécution <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le..... 30/04/02

Ime EL BEDOUI GHIZLA

é le : 25/04/1972



AB22D30003740

1) lucarbon (cp)

2 cp x 3 / g

2) dech 750



18/17

3) CP 1g



22, 20
4) 1g x 3 / g

obusine. (susp)

100 x 3 / g

PHARMACIE AL MASSIRA
11, Rue Raïf Ben Ahmed
Dr. Mme BENMOUSSA Ouafaa
Tél : 05 22 24 86 54
Fax : 05 22 24 86 44

Loc. de la Sidi Tousif El Alali
Anesthésiste Réanimateur

25, Bd. Ifni (en face de Lydec), Aïn Borja, Casablanca

Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 24 66 24

E-mail : direction@cliniqueainborja.ma

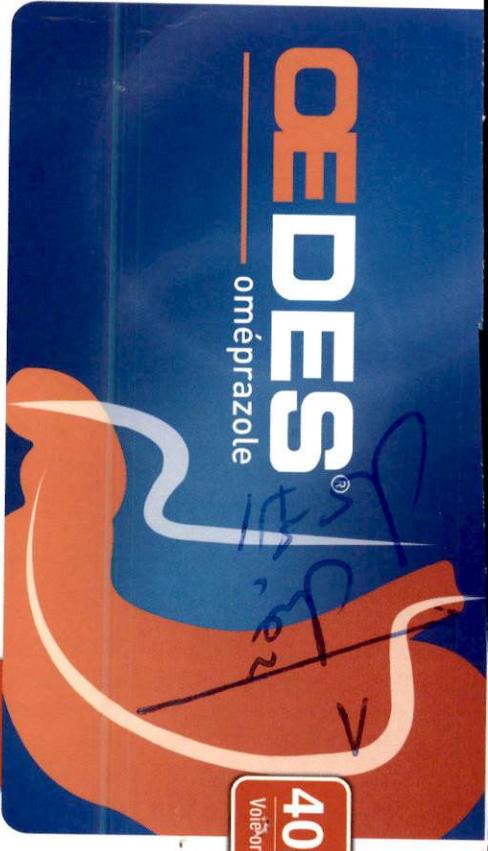
Site web : www.cliniqueainborja.ma

LOT 211003
EXP 01/2024
PPV 74.10DH



Microgranules gastrorésistants en géules

14 x



®

Codolipraine

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouhi - Pharmacien Responsable

PPV : 22DH20
PER : 03/24
LOT : 45124

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 30-04-2022

Facture N° 05189/22

A. Identification

N° Dossier : CAB22D30003740 N° Identifiant : 013501/19
Nom & Prénom : Mme EL BEDOUI GHIZLANE
C.I.N : BK102674
Adresse : RUE DE GUIZ 1 RES RIAD AL HAMD 1 APPT 45 BELVEDERS

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 30-04-2022

Date Sortie : 30-04-2022

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitements : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	SALLE D'URGENCE	PERFUSION	200,00			200,00
1	CONSULTATION		300,00			300,00
						Total Rubrique :
						500,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		63,05			63,05
						Total Rubrique :
						63,05
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						563,05

CINQ CENT SOIXANTE-TROIS DIRHAMS CINQ CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique Aïn Borja
25, Boulevard Ifni Aïn Borja
CASABLANCA
Tél: 05 22 41 63 63 Fax: 05 22 41 11 12

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA

PATIENT : Mme EL
BEDOUI GHIZLANE

N° DOS :
CAB22D30003740
Sejour : Du 30/04/202
au 30/04/2022
MT : Dr.
ANESTHESISTE
REANIMATEUR



Reçu N° : 84903

Paiement du 30/04/2022 01h22

Actes

Montant

563,05 Dh

Type de paiement

ESPECE