

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 9088 Société : 120906

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELHIR KHALID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0678804749 Total des frais engagés A Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/2022

Nom et prénom du malade : BELENIR Khalid Age: 56 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + hypertension + Nodules thyroïdiens

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 : Belhir Khalid Le : 17/06/2022

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
17/06/22	1CT	Sectant		 Dr. KALDI FATHI Endocrinologue Diabète et Maladies Métaboliques Tel: 05 23 32 45 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre de Radiologie DOCTEUR J. P. DUCOURT</i>	17/06/2022	<i>cytoponctue</i>	
	06/06/2022	<i>nodule</i>	
	22/06/2022	<i>Thyroïde</i>	<i>1500 FRS</i>

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. kaidi fatima zahra



د. قايدى فاطمة الزهراء

- Spécialiste en endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques
- Diplômée de la faculté médecine, de casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn rochd casablanca

• أخصائية بأمراض الغدد، داء السكري
وأمراض الأيض

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
• طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Ordonnance

Nom : Bel NR.....

Berrechid le : 16-06-22

Khalid

M K 09088

- 56 ans

- Née le 29/06/1966 à Casablanca

HT de 17 mm

ENTRADAS HT

⇒ Suprême satisfaction
de ce module

CLINIQUE IBN ZOHR
INPE, code à barres
0 6 0 0 6 2 7 1 8

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

FACTURE N°
667 / R / 2022

Assuré	Bénéficiaire
Nom & Prénom	BEL-MIR KHALID
N° CIN	WA11220
N° immatriculation	<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant

RADIOLOGIE-IMAGERIE

Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total
PONCTION/BIOPSIE - CYTOPONCTION	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