

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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 :

6952

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL BESSALI RAKIA

Date de naissance :

HABITUELLE 1955

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

0662419862

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

MUPRAS

Date de consultation :

30 AOUT 10

22

EL BESSALI Rakia

Age :

58

Nom et prénom du malade :

EL BESSALI Rakia

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Céphalée + Douleur Cervicale

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

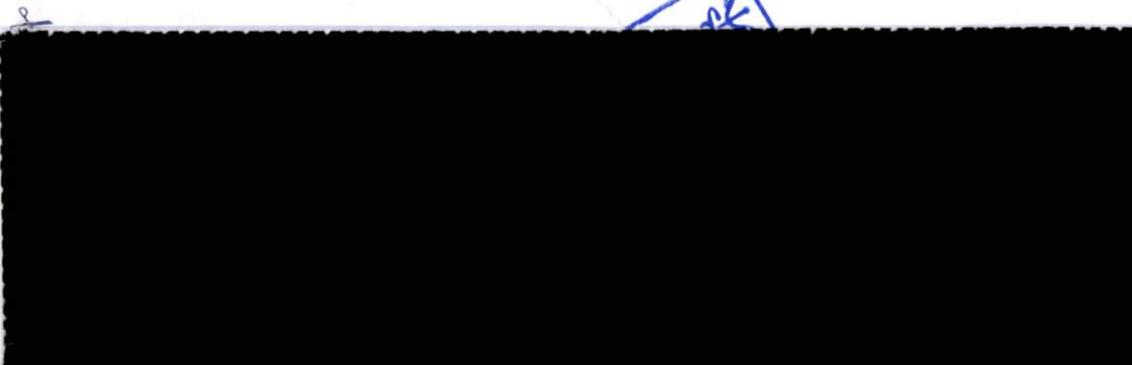
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

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
02.08.22	Vou EN		304,50	<i>BENNANI FAD</i> Anesthésie Réanimation
ATT 13/22				

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Désignation des Coefficients	Montant de la Facture
PHARMACIE AFW-ALLAH Im Amr Abir II, Lot Asmaa Alk Cheikh - El Jadida TELE : 0524 22 00 00	1/8/2022	HOPITAL PRIVE Administration Loyer 05/05/2022	6630

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	
				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
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

HOPITAL PRIVE EL JADIDA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER HPE22H03230450

NOM DU PATIENT Mme EL BESSALI RAKIA

MÉDECIN TRAITANT BENNANI FAHD

DATE D'ENTREE 03/08/2022

DATE DE SORTIE 03/08/2022

MODE DE SORTIE normal



El jadida le 03/08/2022

Pli confidentiel du médecin traitant

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant :

Mr, Mme : *El Bessafi Rakia*

Date de constation de l'état du malade : *03/08/2022*

Renseignements cliniques sommaires : *Céphalée + douleur
Centrale*

Traitements envisagés correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente (si possible, nombre des actes en série)

.....
Cz
.....
TTT
.....
.....

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la malade.

Cachet et Signature du Médecin



HOPITAL PRIVE EL JADIDA

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 03-08-2022

DR. BENNANI Fahd
Spécialité : ANESTHESIE-REANIMATION
N° Patente :
Identifiant fiscal : 18750780
ICE :

PATIENT : Mme EL BESSALI RAKIA

HONORAIRES : 300,00 Dh
(TROIS CENTS DIRHAMS)

Dr BENNANI FAHD
Anesthésie. Réanimation

HOPITAL PRIVE EL JADIDA

Séjour : Du 03/08/2022 au 03/08/2022

Patient : Mme EL BESSALI RAKIA

N° Dossier : HPE22H03230450

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BANDELETTE GLYCEMIE	3,74 Dh	1	3,74 Dh
LANCETTES GLYCEMIE	0,76 Dh	1	0,76 Dh
			4,50 Dh

HÔPITAL PRIVE EL JADIDA
Admission et Consultation
L'ambulance de l'Hôpital El Jadida
Lot 32 / E Im N°2
Tél. 05 23 38 78 78
Fax. 05 23 34 19 21

HOPITAL PRIVE EL JADIDA



110063930

EL JADIDA Le : 03-08-2022

Facture N° 17713/22

A. Identification

N° Dossier : HPE22H03230450

N° Identifiant : 022978/22

Nom & Prénom : Mme EL BESSALI RAKIA

C.I.N : B399990

Adresse : CASABLANCA

Médecin traitant : DR . BENNANI FAHD

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-08-2022

Date Sortie : 03-08-2022

Traitemet : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		4,50			4,50
Total Rubrique : 4,50						
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. BENNANI FAHD (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00
Total Rubrique : 300,00						
PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL 304,50						

TROIS CENT QUATRE DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES

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

signature de l'assuré

HÔPITAL PRIVE EL JADIDA
Admission
L'aérodrome Oussat El Jadida
Lot 32 / E Im N°2
Tél 05 23 36 78 78
Fax 05 23 34 19 21



AKDITAL

Hôpital Privé El Jadida
المستشفى الخاص الجديدة

El Jadida, le... 03/08/2022

El Bessali

Rabha

13,20

Cetamyl 1g cp

1 cp * 3 / 3 pdt 3 gns.

53,10

2) Relaxol cp

66,30 cp * 3 / 3 pdt 10



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 22E002
P.F.R : 01/2025
6 118000 060833

PHARMACIE AFW-ALLAH
Imm Abir II, Lot Asmaa II
Meik Cheikh - El Jadida
TEL : 05 23 36 78 78