

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

- Reclamation : 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.

M22- 0005747

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2928 Société : 131A65

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELABED HALIMA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Eloufha Casablanca

Tél. 06672811534505290555 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/08/2022

Nom et prénom du malade : Belabed Halima Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Signature de l'adhérent(e) : 03 AOUT 2022

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
18/09/22	Hôpital Médical Nouadhibou			<i>Dr. Mohamed SADDO Cabinet de Médecine et d'Anesthésiologie à Rabat CLINIQUE AL-AMINA Casablanca Téléphone : 0524 42 11 11 Abou El Kacem El Khodri</i>
22/09/22	Ville Facture			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches showing numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate the direction of treatment: D (left), G (right), and B (

Dr. Mohammed SADIQ
Anesthésiste - Réanimateur
Prise en Charge de la Douleur
Ex. Enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca



الدكتور محمد صاديق
إختصاصي في التخدير والإنعاش
و معالجة الألم
أستاذ (سابقا) بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 18 - 9 - 2022 .

Mme Belabed Fatima

Patiente admise en urgence pour
urgence hypertensive TA à 210/120
avec céphalées, Troubles de l'équilibre.
à Ju d'une arthroscopie de la cheville.

Dr. Mohammed SADIQ
Clinique My Amina Pain Center
Soins Intensifs et Palliatifs
Prise en Charge de la Douleur
IPE: 91122572

CLINIQUE MY AMINA
73, Angle Rues Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek
Tél.: 0522 86 36 36
Fax: 0522 86 05 30

CLINIQUE AL AMINE

MEDICO - CHIRURGICALE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 18/09/2022 Heure 14:53

<u>Nom et Prénom du patient</u>	MmeBELABED HALIMA	<u>Age ou Date Naissance</u>	0 - 01/01/1952
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>	B38287		
<u>Adresse</u>	EL OULFA GROUPE K RUE 156 NI 18 CASA		
<u>Téléphone</u>			
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>			
<u>Médecin traitant</u>	SADIQ	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	0,00
<u>Motif d'hospitalisation</u>	DIVERS		
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	NON		

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

CLINIQUE AL AMINE
Assurance maladie
Tunisie
Fax: 0522 80 03 30

Partie à compléter à la sortie

<u>Date Sortie</u>	18/09/2022	<u>Heure</u>	14:54	<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0,00
<u>Nom et prénom du signataire</u>					

CLINIQUE AL AMINE
Assurance maladie
Tunisie
Fax: 0522 80 03 30



F A C T U R E

N° : F 205 / 2022 du 18/09/2022

Médecin traitant : DR. SADIQ

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme BELABED HALIMA	Payant	18/09/22 18/09/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
SEJOUR NORMAL		1,00	700,00	700,00
Sous/Total				700,00
			Total clinique	700,00
DR. SADIQ (reanimateur/anesth)	V2	1,00	300,00	300,00
Sous/Total				300,00
Total autres prestations				300,00

Arrêtée à la somme de :				TOTAL GENERAL	1 000,00
MILLE DIRHAMS					
Encaissé espèce: 1 000,00	Encaissé chèque	Total 1 000,00	Solde		

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal &
Abou Marouane Abdelmalek
Tel: 05 22 86 36 36
Fax: 05 22 86 05 30

CLINIQUE AL AMINE**NOTE D'HONORAIRES**

AD

Le : 28/09/2022 14:56

Références

205 / Payant

N° 37345

Entrée / Sortie : 18/09/2022 - 18/09/2022

Le Docteur **SADIQ**présente à **Mme BELABED HALIMA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Docteur Mohamed SADIQ
Anesthésiologie & Réanimation
Clinique AL AMINE Casablanca

Cachet et signature