

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

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

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
10/12/2022	C ₈		5,00,00 DH	<i>DR. M. A. H. YACOUB Cardiologue Boulevard de la Gendarmerie Résidence Hay Attour BP 147 Berrechid</i>
10/12/2022	C ₈ Cardiologist	55	55,00,00 DH	<i>DR. M. A. H. YACOUB Cardiologue Boulevard de la Gendarmerie Résidence Hay Attour BP 147 Berrechid</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<i>Dr. M. A. H. YACOUB Cardiologue Boulevard de la Gendarmerie Résidence Hay Attour BP 147 Berrechid</i>	10/12/2022	Oxygène 48,00,00 DH
		Pharmacie 30,00,00 DH
		Cathéter 22,00,00 DH

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
		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	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

ODF PROTHESES DENTAIRES

H 25533412 21433552 00000000 00000000 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

Nom :

Prénom :

Age :

Zouhour

WALID

AVIS SPÉCIALISTE

Le : 12/11/2022

Dr :

Diagnostic :

PVC,

FNM, MSA
D'abord.

Béjaie

En cours poss.

22h PACD d'80LAS aérien
TélégraphieO.R. W.C., FS à 20g!

(sous surveillance)

IM axiale, Os sacrum

Fracture partielle

Goutte perco

→ DM de control

of de transformed genes

found and

macro

Clinique
46, Lot 10, 1978
Hôpital
Berthelot

other

pmr.

DEPARTMENT OF MEDICAL GENETICS
UNIVERSITY OF TORONTO
CLINICAL GENETICS
BRIAN COLEMAN
SCHOOL OF MEDICINE

Cign

Rapport Médical d'Hospitalisation

N° d'entrée:

Nom et prénom bénéficiaire des soins :

CIN-

માર્ગરથન

Sexe: F M

Etablissement:

CLINIQUE IBN ZOHR

Durée hospitalisation

Date d'entrée
10 12 2022

13 12 .8022

Médicale

1

Hôpital du jour

26

nombre de jours

Chirurgicale

1

Urgeance

Medetilne

Réanimation

Motif d'hospitalisation:

N^o ter-vez aux animaux

Antécédents:

Conclusion examen clinique :

Diagnostics

- Addis Pour faire de
l'avenir ACS: ~~PN~~
fringueuse AT, amical
- Hapt MCA - TMC: ACS
- CH: - Hapt MCA
 - FEC
 - Antifog
 - PAC - ETS A
 - Aus (Géol)
 - Aus Mar X
 - Pétrolières

Signature et cachet du médecin

UR-AWLINE WHOAMEO AMMIE
Socie,aliste en Anesthesie Reanum. a
Medecine Peropératoire Clinique Tel:
0522325882 L.061525216

DR ABBE MOHAMED Anesthésiste Réanimateur
Spécialiste en Anesthésie Pédiatrique
Tél: 05 22 32 36 36
Fax: 05 22 32 36 36
M. 05 12 38 21 26

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE, code à barres

0	6	0	0	6	2	7	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

FACTURE N°

3904 / 2022

Assuré

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Bénéficiaire

Nom & Prénom ZEROUAL MUSTAPHA

N° CIN W52777

Assuré(e) Conjoint Enfant

N°PEC

Date Entrée

10/12/2022

Date Sortie

13/12/2022

Diagnostic

AVC

ACTES MEDICAUX

Désignation	Lettre cle	Qté	Cotation	Total
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE +ECG	CsC	1.00	550,00	550,00
VISITE SPECIALISTE	VS	1.00	500,00	500,00

FOURNITURES

Désignation	Qté	PU	Total
OXYGENE	3.00	1 600,00	4 800,00
PHARMACIE MEDICALE	1.00	300,00	300,00

DIALYSE

Désignation	Qté	PU	Total
CATHETER CENTRAL	1.00	2 200,00	2 200,00

TOTAL GENERAL

8 350,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

HUIT MILLE TROIS CENT CINQUANTE

Signature de l'assuré

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

