

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029523

146647

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8382 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zeroual Mostapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 77 40 38 15 Total des frais engagés : 8350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Zeroual Mostapha 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 : Le : 14 / 01 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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	C8		500,00 DH	
10/12/2022	C5 Cardiologie		550,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	20/11/2022	Oxygène 4800,00 DH
		Pharmacie 300,00 DH
		Cathéter 2200,00 DH

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	G	
	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	35533411	11433553	
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

(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 :

ZOUNOUR

Prénom :

LEUSADUM

Age :

AVIS SPECIALISTE

Le : 12/11/2022

Dr :

Diagnostic :

fact,

EMV, not
Diagnos.

the girl

sur CIV pas.

all PCR d 80L

AS all
To upen

sur WRC, FS & 12.5%

(som omma na)

IM mada. de limit

fuo pulezoth mdy

quark perob pec

→ MM de conseil

de l'ensemble des

fonctions et / ou autres

PMCO

PMR.



Cigna

Rapport Médical d'Hospitalisation

N° d'entrée:

Nom et prénom bénéficiaire des soins :

ZEROUAL Mustafa

CIN:

11072777

Sexe:

F

☐

M

☒

Etablissement:

CLINIQUE IBN ZOHR

Durée hospitalisation

Date d'entrée

10 12 2022

Date de sortie

13 12 2022

Type d'admission

Médicale

☐

Hôpital du jour

☐

Chirurgicale

☐

Urgence

☐

Service d'hospitalisation:

nombre de jours

Médecine

.....

Réanimation

.....

Chirurgie

.....

Soins intensifs

.....

Motif d'hospitalisation:

N° ZEROUAL Mustafa

Am: 6h

Antécédents:

Am: 12/12

Conclusion examen clinique :

A des pour faire le de

Diagnostic:

comme ACS: AMI

myocarde AT, angor

Angor AMI - AMI: AMI

Am: - Angor AMI

ECG

Angor

BAC - EISA

Am (cœur)

Am Nax

Am Nax

Am Nax

Am Nax

Am Nax

Am Nax

Am Nax

Am Nax

Signature et cachet du médecin

Dr. AMINE MOHAMED AMINE
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
et Médecine Périnatale
Tél: 0522325883 - 061758216

Dr. AMINE MOHAMED AMINE
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
et Médecine Périnatale
Tél: 0522325883 - 061758216

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
<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant

N°PEC

Date Entrée	10/12/2022	Date Sortie	13/12/2022
--------------------	------------	--------------------	------------

Diagnostic

AVC

ACTES MEDICAUX

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

Total
550,00
500,00

FOURNITURES

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

Total
4 800,00
300,00

DIALYSE

Désignation	Qté	PU
CATHETER CENTRAL	1.00	2 200,00

Total
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

Clinique IBN ZOHR
 46, Lot. El Amal - Berrechid