

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	611	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KRIS Abderrahman			
Date de naissance : 21.01.1948			
Adresse : VO H61 Latissement Kacata De rass			
Tél. :	0521153298	Total des frais engagés :	1528,30
INPE:061164067			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
IN. BEN SALAH Mounir Anesthésie Réanimation Clinique chaouia 3, Rue OKBA IBNOU NAFII Berrechid INPE:061164067			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / /			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : / /			
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 : BERRECHID

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 03/01/2023

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
03/01/2023	Consultation	1	30000.00	INP: IBEN SALAH Mounir Anesthésie Réanimation Clinique chaoula 3, Rue OKBA IBNOU NAFI Berrechid INPE:061164067
23/01/2023	Consultation	1	30000.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHE EL DHOUMA 244 l'assentement el wafa Fix : 05.22.53.20.54	03.01.23	128,30

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. EL KHADIR Kaouf Médecin Radiologue Clinique Chaouia 3, rue Omer Ibnou Nasse Gerrachid INPE:061256798	03/01 2023	TDM Social	1500000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

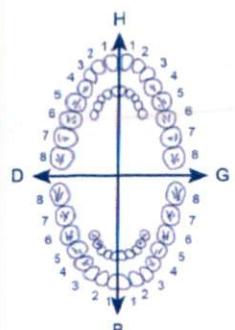
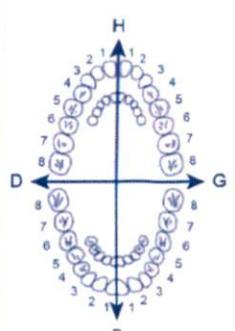
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Berrechid, le 20/08/2022

M. Achelet

22,20

1/ Codrilip



PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Derouba

Fix : 05.22.53.20.54

47,80

2/ Dexen



28,30

3/ Eaxen



PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Derouba

Fix : 05.22.53.20.54

30,00

4/ oedex



CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID

Tél: 33.66.22.33.66.02.55 - Fax: 32.57.55

111130

PPV 22DH20
PER 10/24
LOT L3665



28,30



PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80

LOT 211146
EXP 04/2024
PPV 30.00DH



FACTURE N°M01863/23

Nom : MAHER
Prénom : LATIFA

CONSULTATION : 300.00DH

Arrêté la présente facture a la somme de :

« TROIS CENT DIRHAMS »

Berrechid, 03/01/2023

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 32.66.22/03.66.32 Fax: 32.57.3



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid le 03/01/2023,

FACTURE N° 24/2023

PATIENT : MAHER LATIFA

EXAMEN : TDM FACIALE

HONORAIRES : 1500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de:

MILLE CINQ CENTS DH

PATENTE N° : 40702390
ICE : 001533090000059

Signé : *[Signature]*
CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
Tél: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax: 05 22 32 57 58



ORDONNANCE

Dr MOAHER Ralya

Berrechid, le

3/1/22

Tramaline de 6 flas
— TDA de 6 flas

Dr. EL KHADIR Kaoutar
Médecin Radiologue
Clinique Chaouia
3, rue Okba Ibnou Nafie
Berrechid
INPE:061256793

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél. : 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax : 05 22 32 57 58
E-mail : clinichaouia@gmail.com - ICE : 001533090000059



Berrechid , 03/01/2023

PATIENT : MAHER LATIFA

MEDECIN TRAITANT : DR BENSALAH

TDM FACIALE

INDICATION : Bilan post traumatique

TECHNIQUE :

Examen scannographique réalisé en acquisition volumique de 5mm reconstruite en 1 mm sans injection de produit de contraste avec reconstruction 3D.

RESULTAT :

- Absence de fracture décelable au niveau des os du massif facial et de la mandibule
- Pneumatisation normale des sinus de la face.
- Cloison nasale en place
- OPN d'aspect normal.
- ATM d'aspect normal.
- Cadre orbitaire sans anomalie.
- Épaississement des parties molles frontales et palpébrales gauches.
- Nasopharynx d'aspect scannographique normal avec respect de ces reliefs anatomiques.
- Absence d'autre variante anatomique à risque chirurgical notamment pas de procidence des nerfs optiques et des carotides au niveau des sinus, pas de déhiscence de la lame papyracé, hauteur symétrique de la lame crible.

AU TOTAL:

Absence de lésion traumatique sur cet examen en dehors d'un épaississement des parties molles frontales et palpébrale gauche.

Confraternellement

Dr K. ELKHADIR

*Dr. EL KHADIR Kaouta
Médecin Radiologue
Clinique Chaouia
3, rue Okba ibnou Nafie
Berrechid
INPE:061266798*