

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16089 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bensaad Achraf

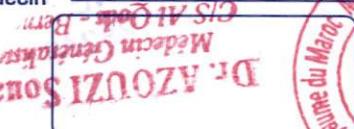
Date de naissance :

Adresse : May qods res. Fajr Ibn Foul S. Bernoussi
Casa
 Tél. : 0638159583

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/01/2023

Nom et prénom du malade : Doha Zelous Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur poitrine d'effort

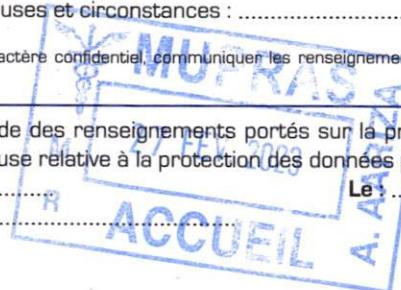
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 20/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : A. Achraf



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|---|
| 02/01/2023 | | | 1000000 Dr AZOUZI SORBA Centre de Santé PERIS |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|---|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | 21/02/23 | 200 |  |

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

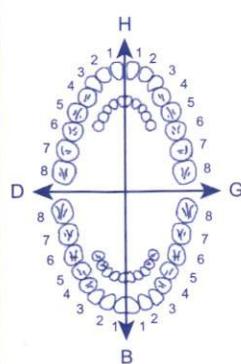
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

801 le 22/12/23.

Mr/Mme



Doha Zibani

RX du Récidiv

Service - Docsd

Foie -

724



Dr. Azzouz
Médecin Généraliste
C/S Al Qods - Beyrouth
Cachet du médecin

ORDONNANCE

Mr/Mme

Dok. Zebouy



① Ades 2sm
sel 1 le au

② 20.12.73
Khem
Aloul



PHARMACIE BLOC "C"
BLOCS SIDI BERNOUSSI
RUE 2 DECEMBRE 175 BLOC (C)
QAI OUDAI SIDI BERNOUSSI
CASABLANCA

Dr. AZOUI Souad
Médecin Généraliste
SIDI BERNOUSSI
ROYAUME DU MAROC



Cachet du medecin



Lot.

2510A

EXP

09 2025

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 100 DH 00

RADIOLOGUE :DR.

Nom : ZILAOUI

MEDECIN DEMANDEUR
DR.

Prénom : DOHA

DATE : 21/02/2023

EXAMEN RADIOLOGIQUE Rx : RACHIS CERVICO-DORSAL F/P

RESULTAT

- Absence de lésion focale visible au niveau de la trame osseuse .
- Les espaces intervertébraux sont réguliers et de hauteur conservée.
- Bon espace de sécurité spino-lamaire cervicale ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS

Dr. EL AMRAOUI FATIMA
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSE
Sidi Bernoussi



| N° IPP : | 625238 | N° SEJOUR : | 230008299 | FACTURE N° 2304002996 | | | | DATE D'ENTREE : | 21/02/2023 | DATE DE SORTIE : | 21/02/2023 |
|---|---------------|------------------|----------------------------------|---|----------------|---------|----------------|--|----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | |
| MALADE : | ZILAQUI, Doha | | UF: 5003 RADIOLOGIE | | | | ZILAQUI, Doha | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | REF. PC 2 : | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | |
| ACTES DE RADIOLOGIE | | | | | | | | | | | |
| ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE | Z | 24.00 | 10.00 | 240.00 | | | | | 0.00 | 240.00 | |
| <i>Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE</i> | | | | TOTAUX : | 240.00 | | | | | 240.00 | |
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | | |
| <i>DEUX CENT QUARANTE DHS</i> | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 240.00 | | AVOIR: | | |
| | | | | RESTE DU : | 0.00 | | | | | | |
| <i>DATE FACTURE : 21/02/2023</i> | | | | <i>ACCIDENT DE TRAVAIL :</i> | | | | | | | |
| <i>VISA</i> | | | | <i>N° DE POLICE :</i> | | | | <i>DATE AT :</i> | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | <i>Règlement à effectuer à l'ordre de :</i> | | | | <i>POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI</i> | | | |
| | | | | <i>BANQUE :</i> | | | | <i>BMCE - BERNOUSSI</i> | | | |
| | | | | <i>N° compte bancaire :</i> | | | | <i>011780000049210006006888</i> | | | |