

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1299

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHINE AHMED

Date de naissance :

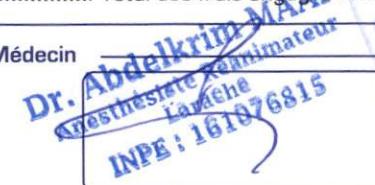
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 / 04 / 2023

Nom et prénom du malade : Almine Chaâbane Age: 192

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tumour Pluriel  ALD  ALC Pathologie :

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
Dr 16/04/23 pu 46023 18/04/23	Noir laurier	N 3644123	Dr. Abdelkrim MAALI Anesthésiste Réanimateur S.P.E : 161076815 Larache	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

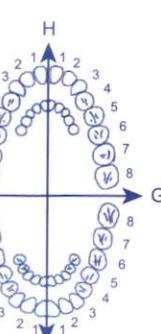
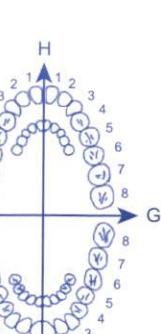
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE LARACHE

MULTIDISCIPLINE  
TEL:0539520403/FAX:05395245003

## F A C T U R E

N° 644 / 2023 du 19/04/2023

Nom patient	CHAHINE AHMED	Entrée 16/04/2023	Sortie 18/04/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
OXYGENE	47,00		70,00	3 290,00
1 JOUR SOINS INTENSIFS	2,00		1 000,00	2 000,00
JOUR DE PERfusion	2,00		150,00	300,00
NUBILISATION	1,00		600,00	600,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>6 190,00</b>
TEST GLYCIMIE	10,00		30,00	300,00
PHARMACIE	1,00		800,00	800,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 100,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>7 290,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. MAAFI ABDELKrim (anesthésiste )	2,00		500,00	1 000,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 000,00</b>
<b>Total prestations externes</b>				<b>1 000,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>HUIT MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS</b>	<b>Total général 8 290,00</b>
--	-------------------------------

	Espèces		Total encaissé	Solde
Encaissements	8 290,00		8 290,00	0,00

  
 Clinique Larache  
 S.A.R.L.  
 B.P : 364 - Larache  
 Tel : 0539.52.05.15 - 0539.52.04.03  
 NP : 160003372

## ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	CHAHINE AHMED	N° Facture :	644	23D181507
Produit		Quantité	Prix Unitaire	Montant
APOTEL 10MG/MK B5 INJ		3	29,00	87,00
LASILIX 20 MG INJECTA ... (01)		1	19,60	19,60
SERUM GLUCOSE 5% 500 (20)		5	23,00	115,00
SERUM SALE POCHE 0.9% (20)		3	23,00	69,00
SOLUMEDROL 120 INJ		1	57,60	57,60
TRICEF 1G /10ML IV,FLACON DE POUDRE+AMPO		4	104,70	418,80
Sous-Total médicaments				767,00
INTRANUL G 24 (100)		1	10,00	10,00
SERINGUES 5 CC BT 100 (100)		5	2,50	12,50
TUBULAIRE (PERFUSEUR (50)		1	10,50	10,50
Sous-Total consommable médical				33,00
(*) Conditionnement hospitalier			Total pharmacie	800,00

Clinique Larache  
 S.A.R.L.  
 B.P : 364 - Larache  
 Tél. : 0539.52.05.13 - 0539.52.04.03  
 NP : 60003372

**CLINIQUE LARACHE**

**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 16/04/2023

Références

644 / 230419111356003703  
PAYANT

Entrée / Sortie : 16/04/2023 - 18/04/2023

Le Dr. MAAFI ABDELKRIM

présente à Mr CHAHINE AHMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 000,00 Dhs (MILLE DIRHAMS)

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

INPE : 161076815  
Anesthésiste Réanimateur  
Dr. Abdelkrim MAAFI

*Cachet et signature*

**CLINIQUE LARACHE**  
**S. A. R. L**  
**Médico – Chirurgicale**

**COMPTE RENDU HOSPITALISATION**

NOM ET PRENOM  
DATE

: Chakri Ahmed.  
: 16-04-23,

Age = 70 ans

Sous pre Tous les charges d'

maladie cérébrale

Admission à l'unité de convalescence  
et encadrement.

CAT, déhydratation

- o ATB (dose 1g)
- o Comix - 500 ml
- o Dr = 500 ml

Sous surveillance médical

Dr. Abdelkrim MAAFI  
Anesthésiste Réanimateur  
Larache  
INPE : 161076815