

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.

N° W21-827247

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **MRU8**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FATIH AMAL

Date de naissance :

21/09/1978

Adresse :

merzouga 87

EST RABAT

13/11/2023

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mouhcine BENNANI
Spécialiste en Anesthésie-
Réanimation ★
Clinique Ibnou Rochd - Rabat

Cachet du médecin :

13/11/2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Fatih Amal

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anémie

Fénoypirve

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

hémorragie

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 :

13/11/2023

Le **13/11/2023**

Signature de l'adhérent(e)



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant déclaré par le Médecin	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13.11.1183	CP	.		<i>Spécialiste en Anesthésie Socleut Monuchine BENMADJID Clinique Internationale de Paris</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Nom et signature du Patient	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
CLINIQUE IBNOU ROCHD	13.11.23	Frais Clinique			3124,83
18, Av. Ibno Rochd, Agdal, Rabat. Tel: 0537 67 24 21-Fax: 0537 67 45 87					

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN
TRAITANT

1)-date de la constatation de l'état du malade :

le 13/11/2023

2)-renseignements cliniques sommaires :

Anémie Féminine

3)-traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

Perfusion Feinject

4)-durée prévisible du traitement :

CLINIQUE IBNOU RACHID
RABAT sari
18, AV Ibnou Rabbah Agdal - Rabat
Tel.: 0537 67 24 21 Fax: 0537 67 45 97
Rabat

Le Docteur Mouradine BENNANI,
Spécialiste en Anesthésie-
Réanimation *
Signature : Clinique Ibnou Rachid - Rabat
Tél: 05 37 67 24 21

Pli à joindre au Bl ou à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIELLE

Ce pli ne doit pas être ouvert que
par le médecin contrôleur

Expéditeur

CLINIQUE IBNOU ROCHD RABAT SARL

18, AV.IBNOU ROCHD,AGDAL

Tél : 05 37 67 24 21

Fax : 05 37 67 45 97

F A C T U R E

N° : 5663 / 2023 du 13/11/2023

Nom patient	FATIH AMAL	Entrée	13/11/2023
	PAYANT	Sortie	13/11/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
HOPITAL DE JOUR	1,00		250,00	250,00
			<i>Sous-Total</i>	250,00
Total Clinique				3 124,83
PHARMACIE	1,00		2 874,83	2 874,83
			<i>Sous-Total</i>	2 874,83
Total Autres prestations				300,00
DR. BENNANI MOHCINE (reanimateur)	1,00 CS		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Autres prestations				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	3 424,83
TROIS MILLE QUATRE CENT VINGT-QUATRE DIRHAMS QUATRE-VINGT-TROIS CENTIMES		

Clinique Ibnou Rochd Rabat Sarl
Payé en espèce
Date: 13/11/2023

CLINIQUE IBNOU ROCHD
RABAT Sarl
18, AV. Ibnou Rochd Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 24 21-Fax: 0537 67 45 97

CLINIQUE IBNOU ROCHD
RABAT Sarl
18, AV. Ibnou Rochd Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 24 21-Fax: 0537 67 45 97

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : FATIH AMAL	N° Facture	5 663	311-0611
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
COMPRESSE 5x5 (300)	1	1,73	1,73
FERINJECT 50MG INJ (01)	2	1 371,00	2 742,00
INTRANULE G 20 R (001)	1	25,00	25,00
INTRANULE G 22 B (001)	1	25,00	25,00
PERFUSEUR (001)	1	15,00	15,00
PROLONGATEUR+R 200 (01)	1	25,00	25,00
SERINGUE 10 CC (001)	1	6,50	6,50
SERUM SALE 0.9 % 250ML POCHE (01)	1	13,10	13,10
SERUM SALE 9% 500 ml SOLUT. (01)	1	13,10	13,10
TEGADERM 6X7 REF162 (100)	1	8,40	8,40
Total pharmacie			2 874,83

CLINIQUE IBNOU ROCHD
RABAT sarl
18 Av. Ibno Rochd, Agdal - Rabat
Tel.: 0537 67 24 21-Fax: 0537 67 45 97

18, Avenue Ibnou Rochd - Agdal - Rabat
 Tél : 05 37 67 24 21
 Fax : 05 37 67 45 97
 C.N.S.S : 8383789 - I.F : 40428135
 Patente : 25741058 - ICE : 002958253000073
 E-mail : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

18، شارع ابن رشد - أكدال - الرباط
 الهاتف : 05 37 67 24 21
 الفاكس : 05 37 67 45 97
 ص.و.ض.ج : 8383789 - ت.ض : 40428135
 الباتanta : 25741058 - ر.ت.م : 002958253000073
 البريد الإلكتروني : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

Rabat le, 13/11/2023

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

M^{me} Fatih Amal suivie(e)

Pour Anémie Féminine

A été hospitalisé (e) du 13/11/2023 au 13/11/2023

Pour perfusion Félinje et

CLINIQUE IBNOU ROCHD
RABAT sarl

18, AV. Ibnou Rochd, Agdal - Rabat
 Tel: 05 37 67 24 21 - Fax: 05 37 67 45 97

Signature et Cachet

Médecin Traitant

Docteur Mouhcine BENNAN
 Spécialiste en Anesthésie-
 Réanimation *
 Clinique Ibnou Rochd, Rabat
 Tel: 05 37 67 24 21

Le : 13/11/2023

Références

5 663 / PAYANT

Entrée / Sortie : 13/11/2023 - 13/11/2023

Le Dr. BENNANI MOHCINEprésente à **Mme FATIH AMAL**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS

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

Docteur Mouhcine BENNANI
Spécialiste en Anesthésie-
Réanimation
Clinique Ibno Rochd - Rabat
Tél.: 05 37 67 74 21

Cachet et signature