

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-810343



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1825		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : BEN SAL MIA Zoula	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : BEN SAL MIA Zoula			
Date de consultation : 3/10/2012			
Nom et prénom du malade : BEN SAL MIA Zoula			
Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Ensepatheie			
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
30/05/09	Consultation	300 DH		INP: 661843509 INPE: 061311809
	Perfusion	100 DH		
	Nettoyage	200 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin et du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. El Hachmi Hachim rue El Khadra Béni Mellal INPE: 061256798	30/05/09	TD M	1600000
	10/06/09	Thyroscopie	

AUXILIAIRES MEDICAUX

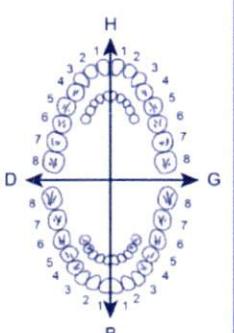
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Soins	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

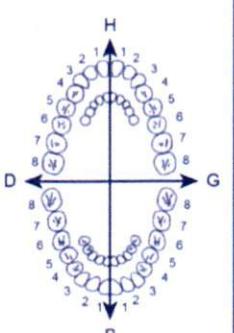
O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[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



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM



060065240

CLINIQUE AL HAKIM
Berrechid - Tél: 06 61 75 96 74
Lot 40 Lottissement ISMAILIA
Berrechid - Tél: 06 61 75 96 74

Bensalma 9 ORDONNANCE

Zerubida

222,00

① Augmentin 1g sachet

2 sachet x 31j | 40j

144,00

② TAVANIC 500

x 21j | 5j

20,00

③ DoliGrippe sachet

16,80 2 sachet x 31j

④ Doli prone 500 effert

2 sachet x 31j

Berrechid, le

30/10/23

PPV: 222,00 DH
LOT: 651875
PER: 02/25



Augmentin 1g
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg cp pel b5
P.P.V: 146,00 DH

6 118001 080670

PPV: 20DH00
PER: 07/26
LOT: M2654

PPV: 15DH80
PER: 05/26
LOT: M1859

40, تجزئة الإسماعيلية, 26100 Berrechid - 26100 برشيد - 40

Tél.: 05 22 33 75 37 / 05 22 53 55 57 - Fax : 05 22 33 76 48 - Email : alhakim.clinique@gmail.com

ICE : 002957580000008

79.5

6/ Fito jadis firof.

2 CAS x 4 l

8- 482,30

CLINIQUE AL HAKIM

مصحة حكيم
Loft 40 Lotissement Ismailia
Berrechid-Tél: 06 63 86 74

Dr. E-HADLOUSSI Abdelaaziz
Chirurgien-Dentiste Réanimateur
Clinique AL HAKIM
Tél: 05 22 33 55 57 / 05 22 33 75 37
INPE: 061311809

HADLOUSSI Abdelaaziz
Chirurgien-Dentiste Réanimateur
Clinique AL HAKIM
Tél: 05 22 33 55 57 / 05 22 33 75 37
INPE: 061311809

Pharmacie Berrechid
Halima Marrakchi Pharmacienne
93 Med Mohamed V Berrechid
Tél: 0522324068



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM

060065240

FACTURE N°390/23

Berrechid, le 30/10/2023

Nom : BEN SALMIA

Prénom : ZOUBIDA

CONSULTATION : 300.00 DHS

PERFUSION : 200.00 DHS

NÉBULISATION H : 200.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de :

« SEPT CENT DIRHAMS »

*Clinique AL HAKIM
مصحة الحكيم
Avt. 40 Lottissement Ismailia
Berrechid - Tél.: 06 61 75 96 74*



Berrechid le 30/10/2023,

FACTURE N° 2507/2023

PATIENT : BENSALMIA ZOUBIDA

EXAMEN : TDM THORACIQUE

HONORAIRÈS : 1600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de:

MILLE SIX CENTS DH

Signé :

**PATENTE N° : 40702390
ICE : 001533090000059**



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM



Zouibir
Bensalimia

CLINIQUE AL HAKIM
Berrechid-Tel.: 06 22 33 75 37
Lot 40 Lottissement ISMAILIA
Berrechid-Tel.: 06 22 53 55 57
Fax: 05 22 33 76 48

ORDONNANCE

Berrechid, le

30/10/23

TDM thoracique C

Rabieeté Agée de 66 ans.

AT CD = 0.

Admission pour sd GrippeAL
avec Défaillance pulm. à 90%.

Dr. EL KHADIR Kaoutar
Médecin Radiologue
Clinique Chaouia
3, rue Okba ibnou Nafie
Berrechid
INPE:061256798

CLINIQUE AL HAKIM
Lot 40 Lottissement ISMAILIA
Berrechid-Tel.: 06 22 33 75 37



REÇU

Nom : BENSALMIA

Prénom : ZOUBIDA

LA SOMME : 1600.00DH

Arrêté le présent reçu à la somme de

« MILLE SIX CENT DIRHAMS »

BERRECHID : 30/10/2023

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.58



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM

060065240

Berrechid, le : 30/5/2013

COMPTE-RENDU

Nom et Prénom : BEN SALHIA Zoubida

Diagnostic

Pneumopathie

Traitements

eg
perf
OX
Véhulisation

Siganture
Dr. EL HADLOUSSI Abdelaaziz
Anesthésiste Réanimateur
Clinique AL HAKIM
T : 05 22 53 55 57 / 05 22 53 75 37
INPE : 06 61 68 09



Berrechid , 30/10/2023

PATIENT : BENSALMIA ZOUBIDA

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE :

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

RÉSULTAT : Examen artefacté par les mouvements respiratoires de la patiente

- Absence de foyer de condensation parenchymateux systématisé.
- Absence de plage en verre depoli.
- Absence de nodules ou de micronodules parenchymateux.
- Absence d'adénopathie médiastinale ou hilaires.
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique.
- Épaississement de la grande scissure associé à un discret épaississement mamelonnées postérieure bilatérale.
- Surrénales d'aspect normal.
- Absence de lésion osseuse d'allure suspecte.

AU TOTAL:

Absence d'atteinte intraparenchymateuse.

Épaississement scissural droit et pleural postérieur bilatéral; A confronter aux données clinico anamnestiques.

Confraternellement
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33 66 22 33 66 22
Dr K. EL KHADIR
Médecin Radiologue
Clinique Chaouia
3, rue Okba Ibnou Nafie
Berrechid
INPE: 061856798