

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 canalaire, 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 canalaire.

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 : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

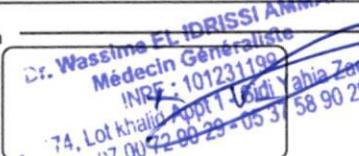
Nom & Prénom : **OBAD SABRAE**

Date de naissance : **1943/9**

Adresse :

Tél. : **06 63 19 39 29** Total des frais engagés : **5000 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **24/01/2024**

Nom et prénom du malade : **SABOURI SULTANE** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Arthrose**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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
21/1/24	C 2	100,00		INP : Dr. Wassim EL DRISSI TANIA Médecin Généraliste INPE : 10221759 Dr Khalid Aoun : 01 72 90 29 - 06 37 58 90 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
21/1/24	finis	300,00				

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 :
				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
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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



مَكْلِفَةٌ تَمَارَةٌ

Polyclinique Témara

Urgences

Médecine

Pédiatrie

Urologie - Endo-Urologie (Adulte et Pédiatrique)

Hépato-Gastro-Enterologie - Endoscopie digestive

Anesthésie réanimation

Chirurgie générale et pédiatrique

Réanimation néonatale

Traumatologie orthopédie

Gynécologie obstétrique

Unité de FIV - Micro-tesé

Neurochirurgie

Ophthalmologie

Circoncision

Témara, le

21/01/2014

Ordonnance



- 1) Docteur
Date : 26.01.14
- 2) Delivered to
Signature : Dr. Wassima El Idrissi Ammari



POLYCLINIQUE TEMARA

AV Allal Ben Abdellah Rue 4
Cité ANDALOUS TEMARA
TEMARA

F A C T U R E

N° 353 / 2024 du 22/01/2024

Nom patient	SAOURI SULTANE	Entrée 21/01/2024	Sortie 21/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE	1.00		162.99	162.99
PERFUSION K5	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	262.99
PHARMACIE	1.00		37.01	37.01
			Sous-Total	37.01
Total Frais Clinique				300.00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. WASSIMA EL IDRISI (generaliste)	1.00	CS	200.00	200.00
			Sous-Total	200.00
Total prestations externes				200.00

		Total général	500.00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
CINQ CENTS DIRHAMS			

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		500.00	500.00	0.00

Polyclinique Témara
Av. Allal Ben Abdellah Rue Teléde
Cité Andalous - Témara
Tél: 0537 74 07 78/05 37 40 49 67
Accouff

LISTE DES PRODUITS CONSOMMÉS PAR LE PATI

SAOURI SULTANE

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	PV	Mt VT	<u>Mt Achat</u>	Marge
21/01/2024	COMPRESSE 7,5/7,5/S 5 (200)	001819	0	1	2.36	2.36	1.58	0.78
21/01/2024	GANT JETABLE NITRIL (050)	001819	0	1	1.50	1.50	0.98	0.52
21/01/2024	INTRANULE ROSE 20G (001)	001819	1	0	3.00	3.00	1.74	1.26
21/01/2024	MIDAZOLAM 5mg/5ml INJECTA (10)	001819	0	1	7.87	7.87	7.87	0.00
21/01/2024	SERINGUE 10cc (001)	001819	1	0	1.80	1.80	0.80	1.00
21/01/2024	SERUM SALE 0.9% 500cc INJECTA (01)	001819	1	0	12.80	12.80	12.80	0.00
21/01/2024	SPARADRAP(URGODERM)50 (25)	001819	0	1	3.18	3.18	1.60	1.58
21/01/2024	TUBULURE (001)	001819	1	0	4.50	4.50	3.00	1.50
Total consommation					37.01	30.37		6.64

Poly Clinique Temara

Av. Mouloud Mammeri, BP 105, Témara, Maroc

Tél: 05 37 74 07 78 / 05 27 40 42 61

ACCUEIL