

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.

M22- 0033990

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7843 Société : AGIFDAIF BAHIJJA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGIFDAIF BAHIJJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/03/2014

Nom et prénom du malade : AGIFDAIF BAHIJJA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Injection de vergette

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) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

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
01/03/24	Voir facture		1900, - dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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															
				Coefficient des travaux															
				Montants des soins															
				Date du devis															
				Date de l'exécution															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
G																			
B																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		



ORDONNANCE

Casablanca le 01/03/2024

Compte rendu de perfusion

Mme ABIDAÏF Bahija ; âgée de 46 ans

admise pour injection de venofer

(2 ampoules) sous surveillance ambulatoire

Patiente déclaré sortante après
6h

Dr. A. MAGRAÏVE
Anesthésiste réanimateur
INPE: 061313273

CLINIQUE BISMILLAH



060065042

FACTURE N° 202401694

CASABLANCA Le : 08-03-2024

Identification

N° Dossier : 24C01142056 N°Identifiant : 013090/24
 Nom & Prénom : Mme AGHDAIF BAHIJA
 C.I.N. : M319681
 Adresse : COOP ACHARAF 8 APPT 3 ETG 2 AIN CHOK CASA

Organisme : PAYANT MUPRAS

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 01-03-2024
 Date Sortie : 01-03-2024

Médecin traitant

DR. MAGRAMANE ABDELLAH

Traitements

HOSPITALISATION

	Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE							
PHARMACIE			1	132,86			132,86
				Sous Total			132,86
SEJOUR							
SEJOUR AMBULATOIRE			1	300,00			300,00
				Sous Total			432,86
PRESTATIONS							
VENOFER			1	667,14			667,14
				Sous Total			1 100,00
HONORAIRE MEDECIN							
DR. MAGRAMANE ABDELLAH			1	200,00			200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE TROIS CENTS DIRHAMS				Sous Total			1 300,00
				TOTAL GENERAL			1 300,00

DUPLICATA
 Email : cliniquebismillah@gmail.com
 Tel : 022 35553509
 Mohamne VI
 Lotissement Hamza
 Bismillah
 Casablanca
 Maroc
 CLINIQUE BISMILLAH

CLINIQUE BISMILLAH

Séjour : Du 01/03/2024 au 01/03/2024

Patient : Mme AGHDAIF BAHIJA

N° Dossier : 24C01142056

Organisme : PAYANT MUPRAS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ENCIFER 5ML	35,70 Dh	2	71,40 Dh
GANT PROPRE	0,54 Dh	2	1,08 Dh
INTRANULE 20G ROSE	3,96 Dh	1	3,96 Dh
METHYLPREDNISOLONE 40MG	14,00 Dh	2	28,00 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	9,00 Dh	1	9,00 Dh
PHARMAFIX 10 CM*10M	5,40 Dh	1	5,40 Dh
SERUM SALE 0.9% 500ML	13,20 Dh	1	13,20 Dh
TARAXET 25MG	0,82 Dh	1	0,82 Dh
			132,86 Dh

CLINIQUE BISMILLAH

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 01-03-2024

Date de sortie: 01/03/2024 16h00

DR. MAGRAMANE Abdellah

PATIENT : Mme AGHDAIF BAHIJA

HONORAIRES : 200,00 Dh
(DEUX CENTS DIRHAMS)

Dr. A. MAGRAMANE
Anesthesiologist
INPE: 061313276

CLINIQUE BISMILLAH

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 24C01142056

NOM DU PATIENT Mme AGHDAIF BAHIJA

MÉDECIN TRAITANT MAGRAMANE ABDELLAH

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 01/03/2024

DATE DE SORTIE 01/03/2024

DUPPLICATA
Email : cliniquebismillah@orange.fr
Tél : 05 22 08 22 22
Monsieur Mohamed VI, Avenue Hassan II, 21 Bouskoura
Lotissement les 21 Bouskoura
CLINIQUE BISMILLAH