

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.

M23-005835

Optique Dentaire Autres

166.980

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05444

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMDOUN Abdellah

Date de naissance : 06/10/1962

Adresse : HASSINEHLE

Tél. : 0677884082

Total des frais engagés : 469,90 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/2023

Nom et prénom du malade : Hamdoun Abdellah Age : 17

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : dysménorrhée

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 : Casablanca

Le : 04 JUIL. 2023

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
22/06/23	Voir facture		69,90	 Professeur ADRIENNE FATHIA Pédiatre 100, rue de la République - 67000 STRASBOURG Tél. 03 88 23 53 24

EXÉCUTION 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

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
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

Diagram B shows a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both sides. The teeth are arranged in a curve, with numbers indicating specific points or landmarks.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date : 22/06/2023

Quittance - Paiement espèces 0784011

IPP :

N° D'admission : 2740706419 Montant : 300,00

Patient : HAMDOUN M'hamed

Payé par : Elle 1ère

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
e-mail : contact@icln-hkuma.ae

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Nº 88 881 / 2023 du 23/06/23

Nom patient : **HAMDOUN NAWAL**

Entrée 22/06/23

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 23/06/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
PHARMACIE	1,00		169,90 Sous-Total	169,90 169,90
Total Frais Clinique				469,90

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	469,90
QUATRE CENT SOIXANTE-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES		

Encaissements	Spécie	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	169,90	469,90	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : HAMDOOUN NAWAL		
Chambre : NA		
Médecin traitant	ADNANE FATIMA	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	22/06/23	
Date sortie	23/06/23	00:37
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : HIC.ELAS 23/06/23 01:40 2300706419</i>		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 65
Fax: 05 29 00 41 11
E-mail: hic.elas@casablanca.ma

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : HAMDOUN NAWAL	N° Facture	88 881	2300706419	
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant	
GLUCOSE 5% Po 500 Injecta (01)	1	12,50	12,50	
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1	11,86	11,86	
TRIAXON 1g/10ml Injecta (01)	2	66,80	133,60	
Sous-Total médicaments			157,96	
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,20	1,20	
INTRANULE G 20	1	1,95	1,95	
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	6,73	6,73	
SERINGUE 10ML	2	0,94	1,88	
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,18	0,18	
Sous-Total consommable médical			11,94	
Total pharmacie			169,90	



 02/09/2018
 Tel : 05 29 05 50
 Fax : 05 29 05 50
 E-mail : contact@idm-medical.com
 www.idm-medical.com

Reçu de caisse

N° : 2306230139197510 / 1 / 784 011

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300706419	HAMDOUN NAWAL	23/06/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	20929	169,90
PAYANT	Total payé	169,90
CENT SOIXANTE-NEUF DIRH		

Reçu établi par : HIC.ELAS



مركز الت Cedars

SANS CONTACT



23/06/23 00:34:40
9900397937
93979301
HOP CHEIKH KHALIFA G6
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxxx1599
CARTE NATIONALE
9B0EEA8FD3583868
201-0-9999-1-44

MONTANT : 169,90 MAD
NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION : 872450
STAN : 020929

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT