

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-000992

A73304

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2854 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA FARID

Date de naissance : 04/06/1947

Adresse : RESIDENCE NADIA BOU BRAHIM Roudani

FONTEBLEAU

Tél. : 06.14.63.62.82 Total des frais engagés : 1185,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/08/2023

Nom et prénom du malade : BENTAHILA FARID Age : 76

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA BLANCA Le : 30/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|--|------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/08/2018 Hôpital de la ville de Paris | 55 | | 30000,- | Hôpital Universitaire International Chevallier Pr. agrégé HÔPITAL HEDDAD Dr. incise |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>ROUET DE JADIDA</i> <i>INPE: 092022680</i> | 30/08/23 | 885,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
| | | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

3/8/23

BEN TAHILA

Ram 1

147,60 x 6

Adenol Wony

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ation prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 01/26
ion prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ation prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ion prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
ion prolongée

PPV 147.60 DH
LOT L0255 PER 02/26
tion prolongée

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
240, Bd Brahim Roudani
Tel: 05 22 99 57 46

T = 885,60

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. agrégé ABDELJALIL HEDDAT
Urologie
091 77568

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 120294 / 2023 du 30/08/2023

| | | | |
|-------------|------------------|--------|------------|
| Nom patient | BEN TAHILA FARID | Entrée | 30/08/2023 |
| | PAYANTS | Sortie | 30/08/2023 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| CONSULTATION D'UROLOGIE | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| Sous-Total | | | | 300,00 |
| Total Clinique | | | | 300,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

| | | |
|---------------------|-------|--------|
| TROIS CENTS DIRHAMS | Total | 300,00 |
| | | |



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

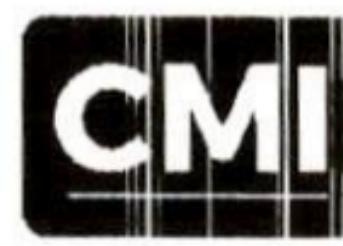
Reçu de caisse

N° : 230830102720SA / .

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|------------------|-------------------|
| 2300738056 | BEN TAHILA FARID | 30/08/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 3531 Lui-même | 300,00 |
| | Total payé | 300,00 |

Reçu établi par : SAI RAJ



SANS CONTACT



30/08/23 09:19:33
9900397978
93979701
HOP CHEIKH KHALIFA G8
Casablanca

A0000000031010
APP : Visa
496688xxxxxx0574
CARTE NATIONALE
6A3A1099B67F45EE
200-0-9999-1--44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION : 000933
STAN : 003531

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE COMMERCANT