

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

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

La MUUPRAS 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 : 7122 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ALZENNOURI ALmed

Date de naissance : 20/12/1955

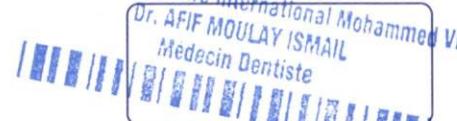
Adresse : Bouskoura gopp city ville verte

Im. 39 Apt. 6

Tél. : 0669 774 833 Total des frais engagés : 5680 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13.02.2024

Nom et prénom du malade : ALZENNOURI ALmed Age : 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

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 : Carabanchal Le : 14/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : Joe

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION 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
Dr. Nabil Radiologie	05.05.24	VIF	180,00 DH

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 l'identité de l'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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	E
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
VISA ET CADRE DE PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

094166345



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 12/03/2024

M ALZEMNOUR A hro'

- RADIO PANORAMIQUE**
 TELERADIOGRAPHIE DE PROFIL
 CONE BEAM

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Hôpital Universitaire International Mohammed VI
International Mohammed VI
Service Imagerie Médica...
Dr. AÏFF MOULAY ISMAÏL
Medecin Dentiste
094166345

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

N° : **51565 / 2024** du **20/02/2024**

Nom patient	AL-ZEMMOURI AHMED	Entrée	20/02/2024
	PAYANTS	Sortie	20/02/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
POSE D'UNE PROTHESE AMOVIBLE DEFINITIVE À CHASSIS METALLIQUE	1,00		5 500,00	5 500,00
			<i>Sous-Total</i>	5 500,00
Total Clinique				5 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total	5 500,00

International universitaire
International Mohammed VI
Service Dentaire
090063728

R



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2400301950

N° : **16813 / 2024** du **13/03/2024**

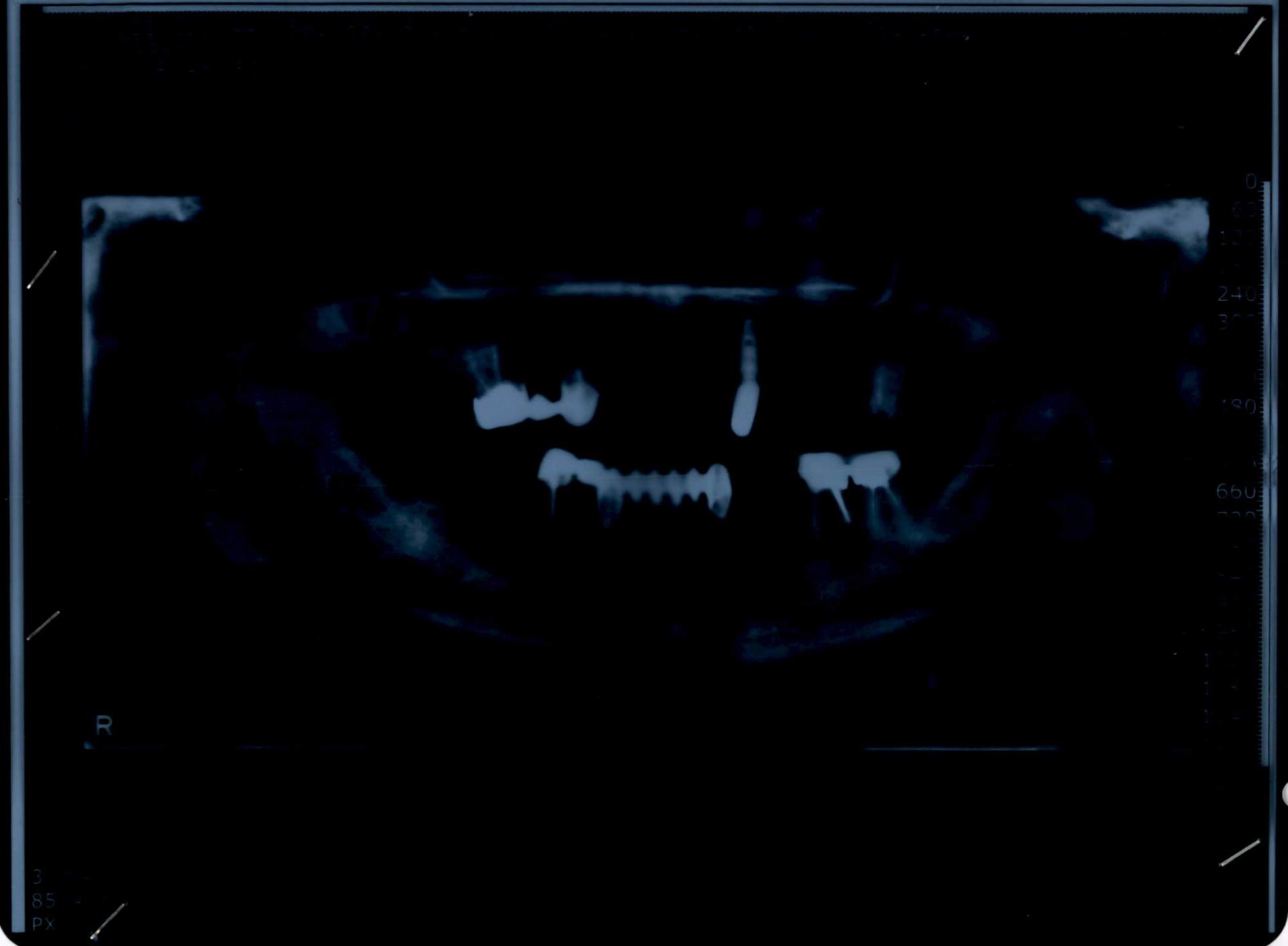
Nom patient	AL-ZEMMOURI AHMED	Entrée	13/03/2024
	PAYANTS	Sortie	13/03/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PANORAMIQUE DENTAIRE	1,00		180,00	180,00
Total Clinique				180,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	180,00



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI BOUSKOURA



N° Dossier: 195338 
N° Dossier externe: ACC-7122-16/02/2024
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: AL ZEMMOURI AHMED
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 16-02-2024 
Date de fin: 
Date de saisie: 16-02-2024
Événement: 

Commentaires pour l'édition

 Ajouter 

Commentaires existants [+]

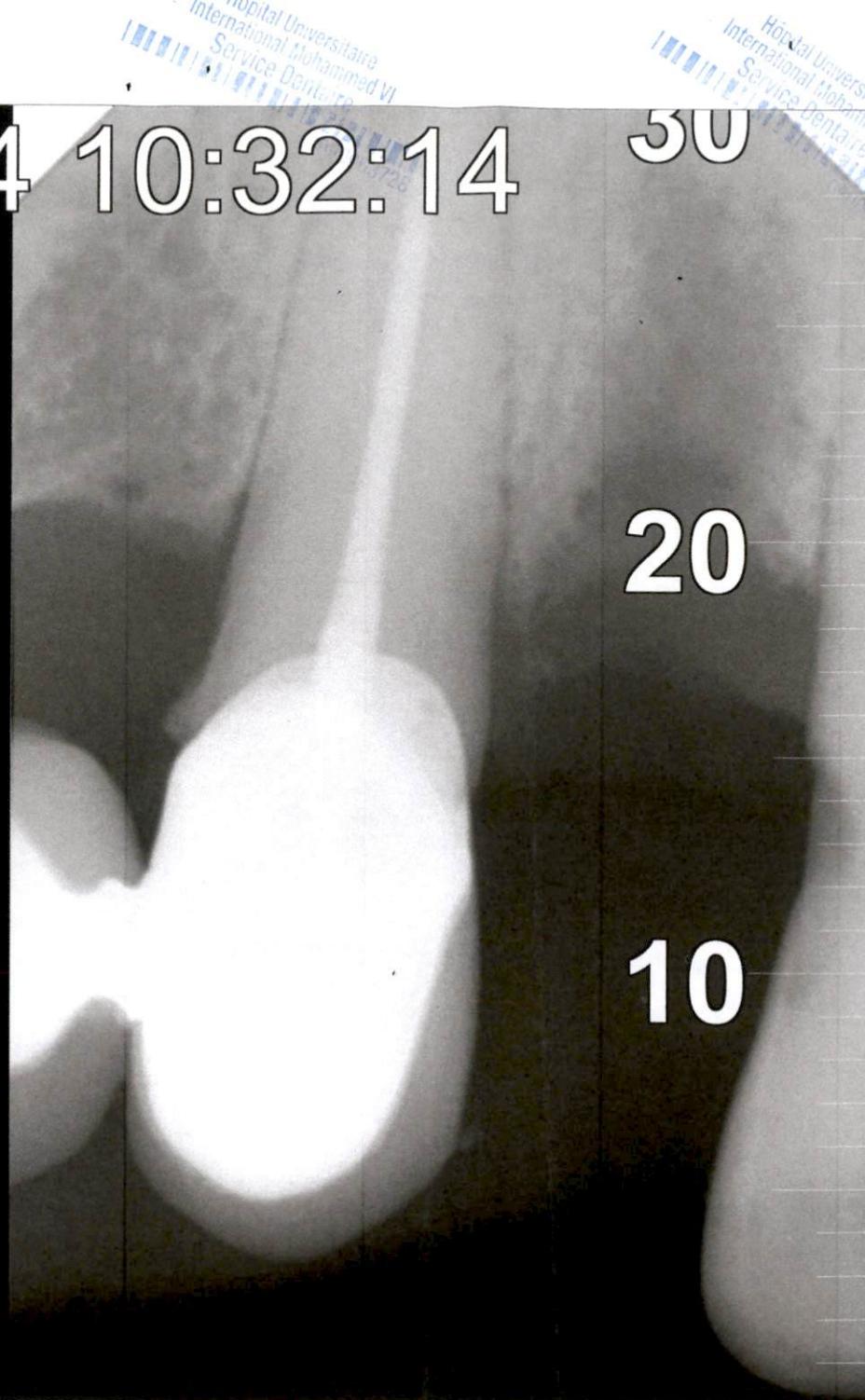
Date	Type	Commentaire
19-02-2024	Manuel	ACC D 175 STEL SUP 12 22 24 25 26 27 S/R RX APRES I

13/02/2024 10:32:14

50

20

10



13/02/2024 10:31:43

50

20

10



HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: AHMED AL-ZEMMOURI

Date: 13/03/2024

Type d'examen:

:

Médecin traitant:

Panoramique dentaire

Résultats :

- Denture de type adulte partiellement édentées.
- Pas de granulome périapical.
- Fonds des sinus maxillaires libres.
- Articulations temporomandibulaires en place

Merci pour votre confiance

Pr CHIKHAOUI. N

Hôpital Universitaire International Mohammed VI Casablanca Maroc