

RÉCOMMANDATIONS 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e] Matricule : 13187 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBRAHIM Mehdi

Date de naissance : 13/02/1992

Adresse : Ain Chock, Casab

Tél. : 0663480616 Total des frais engagés : 465,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Dr Haim GAFNI, Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gabrelziz

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 : Casablanca Le : 30/04/2024

Signature de l'adhérent[e] : HR

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20.04.2024 | | | 350,00 | Dr. Hatim GARNI, orthopédiste, traumatologue, 66123719 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 30/04/2012 | 115.41 |

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 | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|--|-------------------------------|-------------|------------------------|-------------------------|
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | <input type="text"/> |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G | B | | | <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | Montant des Honoraires | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| | | | | | <input type="text"/> |
| <img alt="Diagram of the upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. The upper arch is labeled | | | | | |



يُضْيَاءُ
HÔPITAL



PER 10/25
LOT: M3451

20/8

Casablanca,

رولاكسول®
باراسيتامول أثيو-كولي-شيكوزيد
عن طريق الفم
500 ملغ/2 ملغ

ol 500mg/2mg

احترم المقاييس المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PER:08/2026
LOT: 23E014

1

Kew sebita C. 200
Ain sebita 500mg cp
Relaxol 500mg DH
P.P.V. 49,80

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL
CASABLANCA
GROUPE CIM HOLDING

ANGLE BD BIR ANZARANE ET
ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE
BEN JILALI, QUARTIER MAARIF
CASABLANCA

TEL : 05 22 05 40 40
FAX : 05 22 05 40 41
ICE : 002924279000042

ANESTHESIE - REANIMATION
CARDIOLOGIE GENERALE
ET INTERVENTIONNELLE
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
RHUMATOLOGIE
CHIRURGIE THORACIQUE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
NEUROLOGIE
NEURO-CHIRURGIE
CHIRURGIE
MAXILLO-CERVICO-FACIALE
CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHETIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE
NEPHROLOGIE
CHIRURGIE VISCERALE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
DERMATOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
HÉMATOLOGIE
HÉPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ONCOLOGIE
PEDIATRIE & REANIMATION
FONATALE
NEUMATOLOGIE
ADIOLOGIE

.....
SERVICE RADILOGIE
.....
SERVICE CONSULTATION
.....
SERVICE PRISE EN CHARGE
.....
SERVICE FACTURATION

CONTACT.HPIC@CIMSANTE.COM

Dr Hatim Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue INPE 09177 Göteborg