

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10222

Société : R.A.M

36059

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HACHEM AHMED

Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : Dante EL ADIDA N°8 Km. 13

Tél. : 0661.91.53.56

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Tarik Rahmani
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique
Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid - Casablanca
Service Dentaire

Date de consultation : 07/07/2020

Nom et prénom du malade : HACHEM MARWA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sains Dentaire

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) :

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
 HARMACHIRAK PHARMACIE Lot. D'Institut Vert - 10 Center Immobilier 25 Magasins - 14 CASABLANCA - Tel: 05 30 1 14 Email: ichrak.pharmacie@gmail.com	07/07/20	180,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

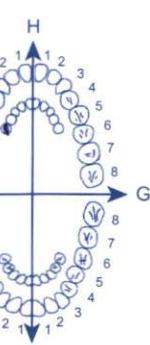
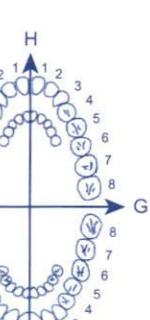
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	S 5	CS	Dr	COEFFICIENT DES TRAVAUX Dr - Traitements Spécialiste en Dentisterie Spécialiste en Dentisterie MONTANTS DES SOINS Dr - Traitements Spécialiste en Dentisterie Service dentaire
				209
				07/02
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

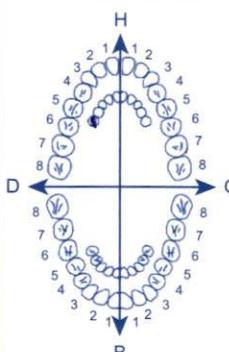
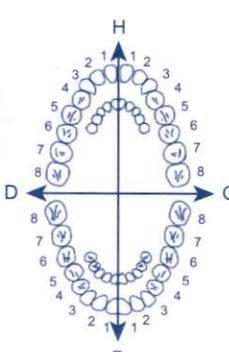
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION																
	5 5	CS	Dr	Dr	20900	07/07/20																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">G</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;"> </td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;"> </td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;"> </td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;"> </td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000		00000000		00000000		35533411		11433553				
		H	25533412	G	21433552																		
		D	00000000	B	00000000																		
			00000000		00000000																		
			35533411		11433553																		
		(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

٠٧ / ٥٧ / ٢٠٢٠

Mr. A. H. Naciri Maroc. Tam.

70.60 x 2

aufgeteilt auf



— davon frisch 38.5 fl 05 l

22.00

- Alfauntl



fl 05 l

17.80

- Aftershave



PHARMACIE ICHRAK CENTER
PARAPHARMACEUTIQUE
Lot. Diamond 24 Maghrib
N° 7 Lissasfa
CASABLANCA - Tel: 052 12 93 14
E-mail: ichrak.pharmacy@gmail.com

03 cocaïne 1h 7.0 and
chez 120 V

Dr Tariq Rahmani
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique

Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid - Casablanca
Service Dentisterie

180,40

PPV 22DH00 EXP 12/2022
LOT 96004 4

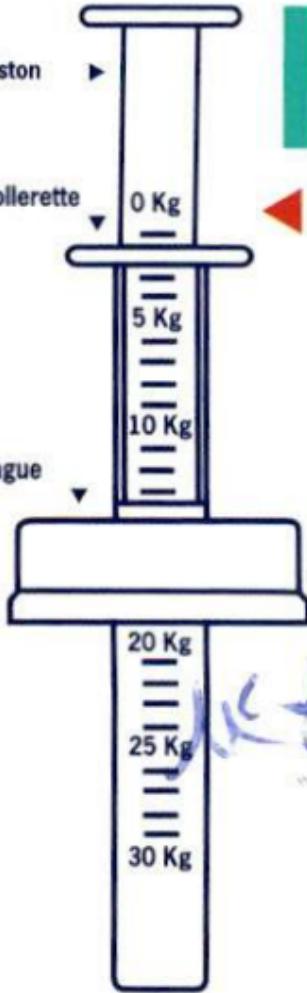
ALGANTIL®

17,20

Piston

Collerette

Bague



enfant

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

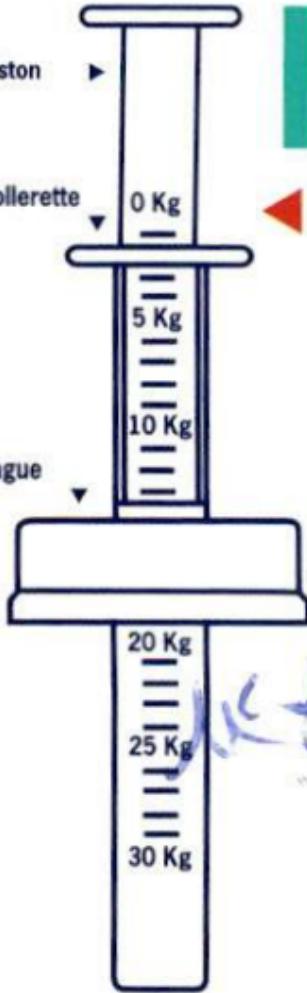
جرعة رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل
قبل الأكل، مدة ... يوم

PPV : 70,60 DH
LOT : 644176
PER : 10/2021

Piston

Collerette

Bague



enfant

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

جرعة رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل
قبل الأكل، مدة ... يوم

PPV : 70,60 DH
LOT : 644176
PER : 10/2021

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 63 551 / 2020 du 07/07/2020

Nom patient : HACHEM MARWA

Entrée 07/07/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 07/07/2020

		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES					
- Consultation dentaire		1,00		200,00 Sous-Total	200,00 200,00
Total Frais Clinique					200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS	Total	200,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	200,00				200,00	0,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
N° INP : 090061862

Date : 07/07/2022

Quittance - Paiement espèces

0483849

IPP :

N° D'admission : Montant : 20000

Patient : Hachem Mouloud

Cachet