

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.

M22- 0055112

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

12700

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4681

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Nouhib Nshameld

Date de naissance : 30-06-1952

Adresse : 944 KHOZA MTA Rue 8 n° 45 C154

Tél. : 0663621569 Total des frais engagés : 542,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/02/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lui-même

Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD / ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : HB

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 : 10 MARS 2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : M. A. Azzza



R ACCUEIL

A. ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes
17/6/2013	
Service NPE	
Tél. 0529012515	UF-20134473

mbre et
efficient

Montant détaillé
des Honoraires

Cachet et signature du Médecin
attestant le bon déroulement des Actes
Capital Universitaire de Paris
Pr RABIN Rééducateur Rehabilitateur
Urologie Transdisciplinaire
091037705

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'EXTENSION Dr. Alibassta Casablanca 48 40	17.02.23	242.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICALS

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL), Upper Right (UR), Lower Left (LL), and Lower Right (LR). Each tooth is represented by a circle containing a symbol. The symbols include: UL: 1 (triangle), 2 (circle), 3 (square), 4 (diamond), 5 (pentagon), 6 (hexagon), 7 (heptagon), 8 (octagon), 9 (asterisk). UR: 1 (triangle), 2 (circle), 3 (square), 4 (diamond), 5 (pentagon), 6 (hexagon), 7 (heptagon), 8 (octagon), 9 (asterisk). LL: 1 (triangle), 2 (circle), 3 (square), 4 (diamond), 5 (pentagon), 6 (hexagon), 7 (heptagon), 8 (octagon), 9 (asterisk). LR: 1 (triangle), 2 (circle), 3 (square), 4 (diamond), 5 (pentagon), 6 (hexagon), 7 (heptagon), 8 (octagon), 9 (asterisk). The diagram also features a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right, and a vertical axis labeled 'H' at the top.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT 221081
EXP 02/2024
PPV 121.40DH

LOT 221080
EXP 02/2024
PPV 121.40 DH

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
عاج تكوان بحث



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

17/02/2023

M - MOUHIB Mohamed

121.40 x 2 Umar 

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa.
Pr. RABII Redouane
Urologie-Transplantation-Renale
091937705

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane
Urologie-Transplantation-Renale
091937705

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue 8 Liassania
Extension - CASABLANCA
Tél: 05 22 93 48 40

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 24376 / 2023 du 17/02/2023

Nom patient	MOUHIB MOHAMED	Entrée	17/02/2023
	PAYANTS	Sortie	17/02/2023

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

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230217104706RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300641110	MOUHIB MOHAMED	17/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI/N°5065529 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : RAD.WAII

