

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 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

- 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.

165741

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7516 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HOUCINI HASSAN

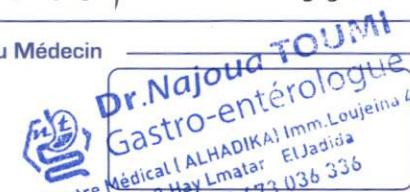
Date de naissance : 01.01.1962

Adresse : 64 Rue Serein, El Jadida N° 13
Boulevard Casablanca

Tél. : 06 12 - 64 84 64 Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : Dr. Najoua TOUMI Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gastro-entérite

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 : 30/06/2023

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
30/04/2023	Vac. D'admission m=1.234,6	10	1689,34	<i>Dr. Najoua OSMI</i> Gastro-enterologue Spécialiste Médical ATT Habib El Mennouni Loujed L'aérodrone, 32000 Casablanca, Maroc Tel: 05 23 32 19 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>BASILIC PHARMACIE</i> Douar El Boudra Sidi Bouzid El Jadida Tel: 06 68 30 39 13	30/04/2023	330,40

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

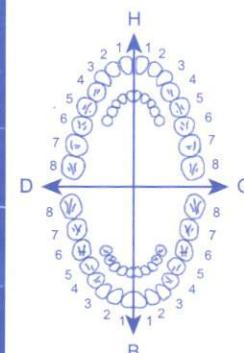
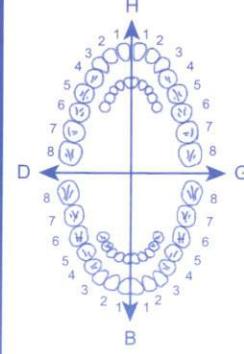
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	
D		00000000 00000000	B	
		35533411 11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



AKDITAL

Hôpital Privé El Jadida
المستشفى الخاص الجديدة

El Jadida, le 30/04/2023

Mme Hossaini Wiam

123,60

1) Inexium 40mg

SV



1cp/j le matin avant repas

98,80 (50 gom)

2) Neofortan 160mg



79,90 1cp x 2/j après

3) Kalmagaz cp

1cp x 2/j au milie

pdj 06 jours penis a la

LOT: 230037
PER: 01/2028
PPC: 79,90DH

KALMAGAS®

L'aérodrome, Ouassat El Jadida lot 32/E Im. N°2

Tél. : 05 23 36 78 78 - Fax : 05 23 34 19 21

E-mail : direction@hpejjadida.ma

Site web : www.hpejjadida.ma

HÔPITAL
El Jadida

28,10

Lot:
EXP:
PPV [DH]:



28/10

4) Vogalene syrup

SV

1 càs x 2 / 15 min avant repas

petrak

BASIC PHARMACIE
Douar El Bahra Sidi Bouzid
El Jadida
Tél: 06 68 30 39 13


Dr. Najoua TOUMI
Gastro-enterologue
Centre Médical AL HADIKAH Imm Lejina 4
app. 8 étage 2 Hay Lmatar El Jadida
Gsm: +212 673 936 336

330,40

HOPITAL PRIVE EL JADIDA



110063930

EL JADIDA Le : 30-04-2023

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : HPE23D30075304

Nom & Prénom : Mme HOUSAINI WIAM

C.I.N :

Adresse : EL JADIDA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR , TOUMI NAJOUA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	PHARMACIE INTERNE		89,34			89,34
	1 PHARMACIE					89,34
1	RADIOLOGIE		200,00			200,00
	ECHOGRAPHIE					200,00
	PARTIE CLINIQUE :					289,34
1	HONORAIRES MEDICAUX		400,00			400,00
	DR. TOUMI NAJOUA (GASTROLOGUE)					400,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					400,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						689,34

SIX CENT QUATRE-VINGT-NEUF DIRHAMS TRENTE-QUATRE CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



HOPITAL PRIVE EL JADIDA

Séjour : Du 30/04/2023 au 30/04/2023

Patient : Mme HOUSAINI WIAM

N° Dossier : HPE23D30075304

Organisme : PAYANT

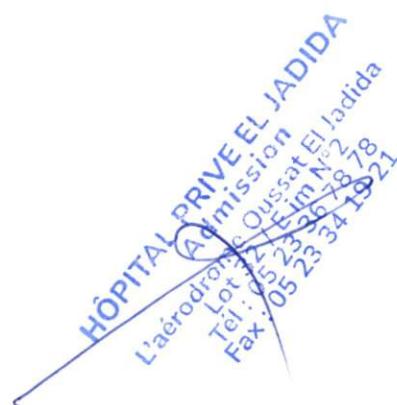
MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	1	18,80 Dh
CLOPRAUME 10 MG INJECTA (10)	1,39 Dh	1	1,39 Dh
METHYLPREDNISOLONE 120 mg INJECTA	35,00 Dh	1	35,00 Dh
NO-SPA 40MG B/5 AMP INJ	6,40 Dh	1	6,40 Dh
			61,59 Dh

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
INTRANULE ROSE	3,00 Dh	1	3,00 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	8,00 Dh	2	16,00 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	2	4,00 Dh
TEGADERM IV 6CM*7CM	4,75 Dh	1	4,75 Dh
			27,75 Dh

Total global : 89,34 Dh



HOPITAL PRIVE EL JADIDA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER HPE23D30075304

NOM DU PATIENT Mme HOUSAINI WIAM

MÉDECIN TRAITANT TOUMI NAJOUA

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 30/04/2023

DATE DE SORTIE 30/04/2023

MODE DE SORTIE normal

