

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M23-0026944

Optique **188410** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12611** Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHÉMALLI MOHAMMED**

Date de naissance : **16-04-1988**

Adresse : **Quartier ALMAZ Residence AMBAR-3**

Appt. K23

Tél. : **06.24.15.43.11** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13.12.2023**

Nom et prénom du malade : **SELMA NAJAF** Age : **34**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Vertigo**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
ACCUEIL

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

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 :
ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :
ACCUEIL

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
15/12/2003	Cr	300	Mar	Université de Toulouse Docteur L'EFHAL RABAA
	Pharmacie		14,80 Pts	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10/12/03, Clinique Tél: 05 29 03 50 45 Fax: 05 29 03 50 45 E-mail: contact@clinique-1012.com	05/12/2003	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

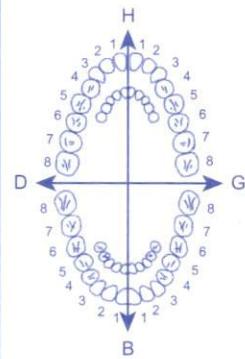
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

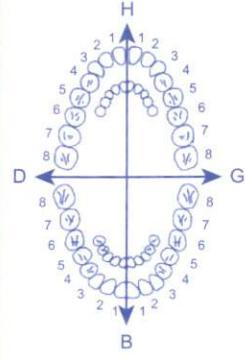


O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B		

[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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 176305 / 2023 du 13/12/2023

Nom patient	NAJI SELMA	Entrée	13/12/2023
	PAYANTS	Sortie	13/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		44,23	44,23
			<i>Sous-Total</i>	44,23
Total Clinique				344,23

<i>Arrêtez la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENT QUARANTE-QUATRE DIRHAMS VINGT-TROIS CENTIMES	Total	344,23

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : NAJI SELMA		N° Facture 176 305	2300794770	
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant	
CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	1	9,00	9,00	
CLOPRAZINE 10mg Injecta (10)	1	1,39	1,39	
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)	1	23,72	23,72	
Sous-Total médicaments			34,11	
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,44	1,44	
INTRANULE G 20	1	1,61	1,61	
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,87	5,87	
SERINGUE 10ML	1	0,94	0,94	
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,26	0,26	
Sous-Total consommable médical			10,12	
		Total pharmacie	44,23	

Tel : 05 29 07 54 77
 Fax : 05 29 07 54 77
 E-mail : contact@onidra.org



مركز التفديبات

13/12/23

12:41:09

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A00000000041010

APP : MASTERCARD

MR CHEMALLI MOHAMMED

xxxxxxxxxxxxxx4193

09/24 CARTE NATIONALE

1FE8157AF212CCEE

220-0-9999-1-55

MONTANT: 344,23 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTORISATION: 916320

STAN : 008216

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT