

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

- 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.

M23-0019899

190551

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01296

Société : Retraite RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KOUSEYAMI Mohamed

Date de naissance : 13 - 08 - 1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 06668073K

Total des frais engagés 600000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Y. ABDIETTAH
Pr. Agrégé
Méd. Physique et Réadaptation Fonctionnelle
INP: 071209803

DRY

Date de consultation : 23/11/23

Nom et prénom du malade : EL KOUSEYAMI Mohamed Age: 74

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

générale

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 : 13/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

DRY

13/01/2024

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
27.11.23	CSK	1	300,00	Dr. Y. ABDELLAH Pr. Gregor Hôpital Universitaire Privé MAPRAKET Dr. H. BOUDIARY Radiologue Dr. A. MARRAKCHI Physique et Réadaptation Fonctionnelle Dr. A. REED Dr. A. MARRAKCHI Dr. A. MARRAKCHI Dr. A. MARRAKCHI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>300.000</i>	<i>27.11.23</i>	<i>Rx genou F.P.</i>	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth (1 through 12) and various anatomical landmarks. The landmarks include: Anterior Nasal孔 (AN), Nasal spine (NS), Nasal floor (NF), Nasal process (NP), Nasal spine (NS), Nasal floor (NF), Nasal process (NP), Nasal spine (NS), Nasal floor (NF), Nasal process (NP), Nasal spine (NS), Nasal floor (NF), and Nasal process (NP). The diagram is oriented with a vertical axis labeled H at the top, a horizontal axis labeled D on the left, and a vertical axis labeled B at the bottom.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CIM Santé

CLINIQUE MULTIDIPLINAIRE



HUPM

مصحة متعددة الاختصاصات

ORDONNANCE

24/11/23

Mr. BL KOUSS AMI M'hamed

i) Rx gelenk gantre
g + p

h we

HOPITAL DE SAINTE PRIVE
Dr Laila EQUIDARY
Médecin Réadaptologue
Dr. Y. ABDELFETTAH
Pr. Agrégé
Méd. Physique et Réadaptation Fonctionnelle
INP: 071209803

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL : 05.24.35.98.00

070062385

**F A C T U R E**N° : **11829 / 2023** du **27/11/2023**

Nom patient	EL KOUSSAIMI M HAMED	Entrée	27/11/2023
	PAYANTS	Sortie	27/11/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE SPECIALISTE	1.00		300.00	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300.00


HÔPITAL PRIVE MARRAKECH
Dpt. Soins de Suite & Réadaptation
Lotissement Ryads Al Atlas (EN)
Route du barrage - Maâa
Tel: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 42 12
INPE: 070062385 / N° 19

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

F A C T U R EN° **11 837** / 2023 du **27/11/2023**

Nom patient	EL KOUSSAIMI M HAMED	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANTS	27/11/2023	27/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
RX DU GENOU F+P	1,00	Z	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total				

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

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00



HOPITAL PRIVE MARRAKECH
 Lot Ryads Al Atlas (EMBARKA III)
 Route du barrage Marrakech
 INPE: 070062385
 Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 49 12
 N° 3

Marrakech, le 27.11.2023

NOM ET PRENOM : Mr EL KOUSSAIMI M'HAMED
MEDECIN TRAITANT : Dr Y.ABDELFETTAH

Rx GENOU GAUCHE FACE

Résultat :

- Arthrose fémorotibiale prédominant sur le versant interne, avec ostéophytose marginale.
- Arthrose fémoropatellaire avec ostéophytose.
- Absence de calcifications des parties molles.

Au total :

Arthrose tricompartimentale


Dr. BOUHDARY
Merci de votre confiance