

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.

M22- 0022755

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7310 Société : RAM.
 Actif Pensionné(e) Autre ND 185
 Nom & Prénom : Dani Salah.
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. :
 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 17/10/2023.
 Nom et prénom du malade : Darraoui Atika. Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nombre et Coefficient

Montant détaillé
des Honoraires

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Hôpital Universitaire Ibn Rochd
Professeur ABDESSAMAD EL HACHMI
Référent en Neurochirurgie
091022128

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date

Montant de la Facture

17/10/23

3/13/00

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
Séins

Nombre

**Montant détaillé
des honoraires**

227 / 230

50113

PC

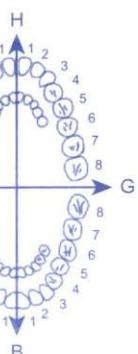
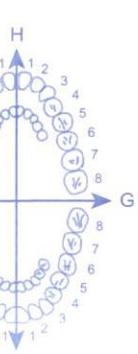
des Honoraires

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|------------------|-------------|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> Jic |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 255334112 00000000 21433552 00000000 D 00000000 00000000 35533411 B G 11433553 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

11/11/10.23

M. Dukouar Atka

1/ Storixia 90
266,00

32,00 n Acetaminophen
15,00

16 C 28
82,104/ 313,90

10/10/2008
Professeur ABDESSAMAD EL AZZARI
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

166,00
P.V. 166,00



P.P.V :
LOT :
EXP :

37,00

PPV
LOT
PER

28,80

F A C T U R E

N° **145.402** / 2023 du **17/10/2023**

Nom patient : **DARKAOUI ATIKA**

Entrée **17/10/2023**

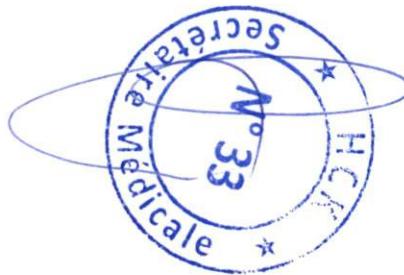
Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **17/10/2023**

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--------------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| CONSULTATION DE NEUROCHIRURGIE | 1,00 | | 300,00 Sous-Total | 300,00 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

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

| Encaissements | | | Carte Bq | | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|--|----------|--|----------------|-------|
| | | | 300,00 | | 300,00 | 0,00 |



Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2310171250261240: / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2300763602 | DARKAOUI ATIKA | 17/10/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 846 | 300,00 |
| PAYANT | Total payé | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : IMA.JAF





مركز المُدِيَّات

ACHAT

17/10/23

11:40:25

9900964900

99649001

HOP CHEIKH KHALIFA M2

Casablanca

A0000000031010

*****0266

VISA

CARTE LOCALE

621-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

Num Transaction : 002

Num Autorisation : 778895

STAN : 000846

TICKET CLIENT