

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 8732 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

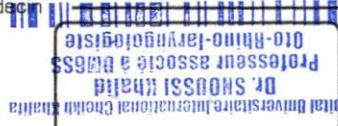
Nom & Prénom : OUDHEIR MOULAY Idriss

Date de naissance : 15/07/67

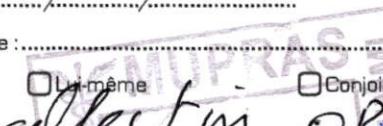
Adresse : 57 Avenue 35 Et Al Amoudi 2451

Tél. : 06 613 127 55 Total des frais engagés : 481 Dhs

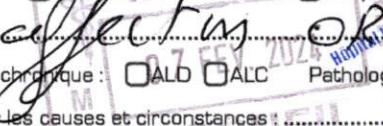
0911306131
Cadre réservé au Médecin

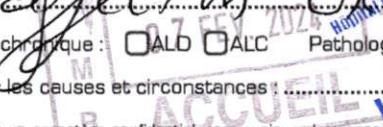
Cachet du médecin : 
Dr. SNOUSSI Khalid
Dentiste associé à MUPRAS

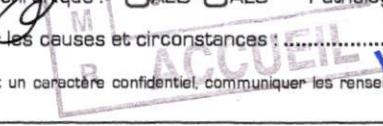
Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 
Oudheir

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : 
Oudheir

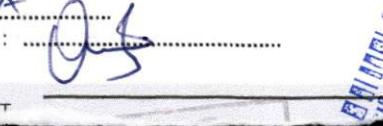
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 
Oudheir

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

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 : 05/02/24

Signature de l'adhérent(e) : 
Oudheir

VOLET ADHERENT

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
12.24	g		30.01	<i>DR. HASSAN HASSOUNI</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DOUMA 22, Bd. Annahda Hay Douma Sidi Moumen - Casablanca	1/21/04	181,10

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
	1/21/04					309.00

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	G
B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le :

9,30

وصفة طبية *Ordonnance* *Ordakite*

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. SNOUSSI Khalid
Professeur associé à l'UFR
Oto-Rhino-Laryngologie
091130633

1 - aine droite pharmacie 3/ g. 30 01 application



2 - polydext solutio N=1
g. 30 05 solutio à dil
peutient 10 jours

3 - Plaxol Sina N=1
010. 2. x 31 j

PHARMACIE DOUMA
22, Bd. Annahda Hay Douma
Sidi Mounen - Casablanca

① - Wazei Sossey - U=2
Salpédissol 1g

le matin je prends
de midi.

~~et 7500
18h15~~

PHARMACIE DOUMA
22, Bd. Antahda Hay Douma
Sidi Mounir Gisabatna

Hôpital Universitaire International Cheikh Khadra
Dr. SNOUSSI Khalil
Professeur associé à l'ASS
Oto-Rhino-Laryngologiste
0911306633

LOT: IC30978
PER: 08/2025
PPV: 75 DH 00

Eloue
Cipl

LOT: IC30979
PER: 08/2025
PPV: 75 DH 00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 17 433 / 2024 du 01/02/2024

Nom patient : MOUAKITE EP OUDGHIRI MERYEM

Entrée 01/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION ORL	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 01/02/2016

Quittance - Paiement espèces 0852461

IPP :

N° D'admission : 2028818 Montant : 300,00

Patient : DAWA KATE Q OUDIYIWI DAWA

Payé par :



Cachet