

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

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11405**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HAIE nouamane**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SIDI MOHAMED
Pédiatre - Aller. 36, Bd. Souhail El. 1, 36, Bd. Souhail El. 1, Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 0522.76.75.43

Date de consultation : **07/03/2024**

Nom et prénom du malade : **HAIE nouamane** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

congénital Pathologie :

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 : **RAM**

Le : / /

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
07/10/2024	CS		1000000	Chameed
				El-Hadj S. Chameed

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
ICAZEDINE 500 mg OUKAB Dounia 13 Route de Rabat idi Benoussi 05 22 32 52 60	01/03/2024	162.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	I M	I V	
	07/03/94		MuB =			30000

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

[Création, remont, adjonction]

tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la professi

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four rows: upper arch (1-12), lower arch (13-24), lower canine (25), and upper canine (26). The teeth are numbered from 1 to 8 on the upper arch and 1 to 4 on the lower arch. Directional markers are present: 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Casablanca, le 07/03/14

Tourquia HALE

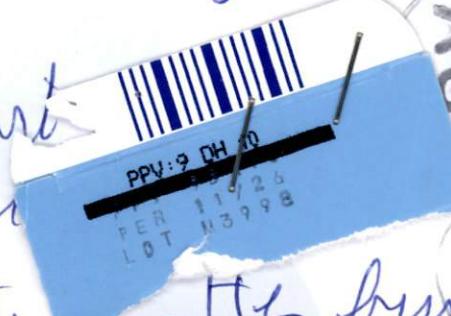
Age = 10 mois

21,90 P = 9 tég



① Bento venti

33cc



② Béton tenez gths bws

6,50

90 gths/ x 0,70

③ Argentini nipp 21,90

9,15

1dn x 9 x 3/6 x 8

④ Dohi jwim = ppv 11,00

11+

1 ppv x 3

DR. KOUKAB Dounia
Km. 13 Route de Rabat
Sidi Bernoussi
Tél. 05 22 72 52 60

21.03

⑦ Brumaire
10/03/

COOPER PHARMA
PPV: 21,00 DH

60

Alus

Dr. KOURAB KHEIR
Km. 1 - Rd. de Rabat
Sidi Bernoussi
Tél: 0522 73 52 90

DOCTEUR
Pédiatre - Allergologue
36, Bd. Souhaïb Errahma
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 0522 76 75 43

LOT : 7448
PER : 09 - 25
P.P.V : 30 DH 00

OFFICE RECEPTION ET ADMISSION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
INPE : 050003272
Rd Chichaoua, Ain Seba

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 07-03-2024

Facture N° 08201/24

A. Identification

N° Dossier : HPC24C07175029

Nom & Prénom : bebe HAIE JOUDIA

C.I.N. :

Adresse : CASA

N° Identifiant : 128503/24

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-03-2024

Date Sortie : 07-03-2024

Traitements : Urgence

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . SEDJARI MOHAMED

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	NUBILISATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						700,00
PARTIE CLINIQUE :						700,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						700,00

SEPT CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

SERVICE RECEPTION ET ADMISSION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
AIN SEBAA
INPE : 090063272
279 Bd Chefchaouni Ain Sebaa