

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 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 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.

199 127

M23- N° 0042270

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2582 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HOUARI Abderrahmane

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 68, Rondoune Nour Amira

Tél. : 06 72 83 51 37 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

HÔPITAL PRIVE EL HAKIM
L'aérodrome Oussatane
Lot 32 - El Jadida
Tel: 05 22 13 36 18 18
Fax: 05 23 34 19 21

Spécialiste en
Traumatologie - Orthopédie
Centre El andalousia, 1^{er} Etage N°15 Hay Lmatar
(en face clinique AIKBITAL) El Jadida INPE:111241139

Date de consultation : 09/03/2024

Nom et prénom du malade : HOURI Abderrahmane Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Plante

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 : EL Jadida Le : 15/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : You



EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Hôpital Saint-Louis</i>	<i>09/03/24</i>	<i>64,40</i>

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													
					Coefficient des travaux												
					Montants des soins												
					Début d'exécution												
					Fin d'exécution												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
					Coefficient des travaux												
					Montants des soins												
					Date du devis												
					Date de l'exécution												

HOPITAL PRIVE EL JADIDA



110063930

EL JADIDA Le : 09-03-2024

Facture N° 10404/24

A. Identification

N° Dossier : HPE24C09125035

N° Identifiant : 057436/24

Nom & Prénom : M. HOURI ABDERRAHMANE

C.I.N : B43556

Adresse : RESIDANCE NOUR AMRA CR MOULY ABDELLAH

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 09-03-2024

Date Sortie : 09-03-2024

Traitemet : URGENCE

Médecin traitant : DR . SIRRAJELHAK MOHAMMED

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE : 0,00						
1	DR. SIRRAJELHAK MOHAMMED (TRAUMATOLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique : 300,00						
300,00						

PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL

300,00

signature de l'assuré

HÔPITAL PRIVE EL JADIDA
L'aérodrome Oussat El Jadida
Lot 32 / E/m N°2
Tél : 05 23 36 78 78
Fax : 05 23 34 19 21



AKDITAL

Hôpital Privé El Jadida
المستشفى الخاص الجديدة

El Jadida, le 09/03/2015

Mr. Houski's ARGONAUTS

1) - SAT.

123, hD
2) - Novo chin

5

~ 800 x 28 150

3. - *Bogart*
T. J.
C. 1969
P. 34
George M. Cohan
PRESIDENTIAL
THEATRE
OF THE UNITED STATES

61- (édition) /
Hôpital Privé El Jadida
L'aérodrome d'Oussat El Jadida
Lot 32 Tel: 05 23 36 78 19
Fax: 05 23 34 19 28

DR. SIRRAJ ELLA
SPPG Orthopedic & Traumatology Center
GSM: +91 9876543210 | MOB: +91 9876543210 | E-MAIL: drsirrajella@gmail.com
Cetra EL and USSTI, 1st Floor, A-10, New Market, Lucknow - 226001
(on face climbing ADOMAL) Elidida INP-111241

Pharmacie
BENACIE D'ULM
Docteur LIMAN
Avenue de l'EMPEREUR Z.
Centre de Montrouge
Tél : 01 45 51 19 16
05 28 34 89 89
28-34-89-89-89

L'aérodrome, Ouassat El Jadida lot 32/E Im. N°2

Tél. : 05 23 36 78 78 - Fax : 05 23 34 19 21

E-mail : direction@hpe.liadida.ma

Site web : www.hpe.liadida.ma



١٦



ଶ୍ରୀ କମଳା
ପାତ୍ରି

၁၇၃

125/61

二四

蒙古文

NOVOCLIN®

1g/125 mg

Poudre

Lot :1362
PER :10/25
PPV :12348DH