

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.



199 127

Déclaration de Maladie

M23- N° 0042270

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Hourri Abderrahmane
Date de naissance : 01/01/1946
Adresse : 68, Remdha Nour Amira
My Abdellah EL JADIDA
Tél. : 0672 835137 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : HÔPITAL PRIVE EL JADIDA
L'aérodrôme Qussat El Jadida
Lot 32/1 Em N° 78
Tél : 05 23 36 78 18
Fax : 05 23 34 19 21
Spécialiste en : Traumatologie - Orthopédie
Date de consultation : 09/03/2024
Nom et prénom du malade : Hourri Abderrahmane Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Plan
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) : Hourri

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09.07.24 | S | | 300,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 09/03/24 | 44,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | CCEFFICIENT 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 DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL PRIVE EL JADIDA



EL JADIDA Le : 09-03-2024

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|---------|------------------------------|------|-------|------------------|-----------|--------|
| Facture N° 10404/24 | | | | C. Débiteur | | | | page 1/1 | |
| A. Identification | | | | Organisme : Payant | | | | | |
| N° Dossier : HPE24C09125035 | | | | N° Identifiant : 057436/24 | | | | | |
| Nom & Prénom : M. HOURI ABDERRAHMANE | | | | ICE : | | | | Adresse : | |
| C.I.N : B43556 | | | | D. Période d'Hospitalisation | | | | | |
| Adresse : RESIDANCE NOUR AMRA CR MOULY ABDELLAH | | | | Date Entrée : 09-03-2024 | | | | | |
| | | | | Date Sortie : 09-03-2024 | | | | | |
| Médecin traitant : DR . SIRRAJELHAK MOHAMMED | | | | Traitement : URGENCE | | | | | |
| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total | | | |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | | | 0,00 | |
| HONORAIRES MEDICAUX | | | | | | | | | |
| 1 | DR. SIRRAJELHAK MOHAMMED (TRAUMATOLOGUE) | | 300,00 | | | | 300,00 | | |
| | | | | | | | Total Rubrique : | 300,00 | |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | | 300,00 | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | | | | TOTAL GENERAL | | 300,00 |

TROIS CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

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



AKDITAL

Hôpital Privé El Jadida
المستشفى الخاص الجديدة

El Jadida, le 09/03/2014

Dr. Houria ABBERRAHMANE

1) - SAT.

Δ23, h20

2) - Novo chin



1/20 x 2/20 / 20

3) - B. Bouay
Centre Médical Abdou
Tél : 05 23 34 89 92
Pharmacie OULAD BOUADA
BENSILIMANE HOUDA
Docteur en Pharmacie

Pharmacie OULAD BOUADA
Docteur en Pharmacie
BENSILIMANE HOUDA
Avenue Mohammed VI
Centre Moulay / bdellah
Tél : 05 23 34 89 92

20

4) - (e) d'ol



Centre El andalous
Traumatologie - Orthopédie
Spécialiste en
D. SIRRAJ ELIAK
Gsm : 06 20 19 34 99
MPE: 11241139
En face Clinique AKORRAJ Eljadida

HÔPITAL PRIVÉ EL JADIDA
Admission
L'aérodrome Ouassat El Jadida
Lot 32/E Im. N°2
Tél : 05 23 36 78 78
Fax : 05 23 34 19 21

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@hpeljadida.ma
Site web : www.hpeljadida.ma



وزارة الصحة العامة

16 كيتا



مسحوق لمحلول شرب
في كيتا

البنوع

125/1 مع

Lot : 1362
PER : 10/75
ppv : 123,400H

٢٢٢

أموكسيسيلين - حامض كلافولانيك

نوفوكلين

NOVOCLIN®

amoxicilline - acide clavulanique

1g/125 mg

Poudre