

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

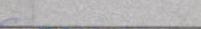
175814

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 0817		
Société : Retraitée Autre : Refrain		
Nom & Prénom : Benabdellah Maria N° 0817		
Date de naissance : 6/12/73		
Adresse : oued Sidi Bouz Kama		
Tél. : 1402114 Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Neurogène service La rochelle		
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.		

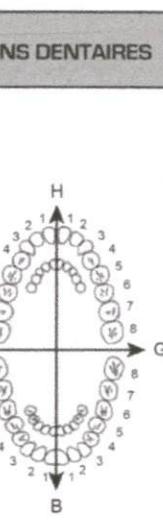
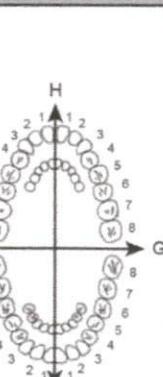
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

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
20108123	mains	33001123	358,84	INP : [ ]
				Hôpital Universitaire de Dr. NASSIR KARIM Médecin Urgence
				20108123 20108123 20108123 20108123 20108123

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/08/23	43.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
 <b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>																			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
			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"/>																			
			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		D	25533412	21433552	00000000		00000000	G	00000000	00000000	B		35533411	11433553
			H																			
			D	25533412	21433552																	
00000000		00000000																				
G	00000000	00000000																				
B		35533411	11433553																			

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

20/08/2023  
09:43

Nom Patient		Numéro dossier :	2300259559			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total	
20/08/2023	ACUPAN 20 MG SOLUTION IN 20MG INJECTA (0)	0	1,00	6,34	6,34	
20/08/2023	CLOPRAINE 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJECT	0	1,00	1,39	1,39	
20/08/2023	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS	0	1,00	3,77	3,77	
20/08/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0,44	0,44	
20/08/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1,17	1,17	
20/08/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	5,86	5,86	
20/08/2023	SERINGUE 10ML	0	1,00	0,94	0,94	
20/08/2023	INTRANULE G 20	0	1,00	1,60	1,60	
20/08/2023	SPARADRAP TEGADERM IV 3M 8,5X10,5CM	0	1,00	10,15	10,15	
20/08/2023	CHLORURE DE SODIUM 0,250 INJECTA (01)	144311	1,00	13,10	13,10	
20/08/2023	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)(1)	144311	1,00	14,08	14,08	
		<b>Total pharmacie</b>		<b>58,84</b>		



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
HUIM6

Date : 20/08/23

N° : 0054654

### QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission :

Montant : 358,84

Patient : BENOUHOUD MARIA

Cachet



211027074440BE

13528

20 août 2023

Mme BENOUHOUD MARIA

141,50

1/ ANDOL 1g CP



28.80 1 cp x 3 / j

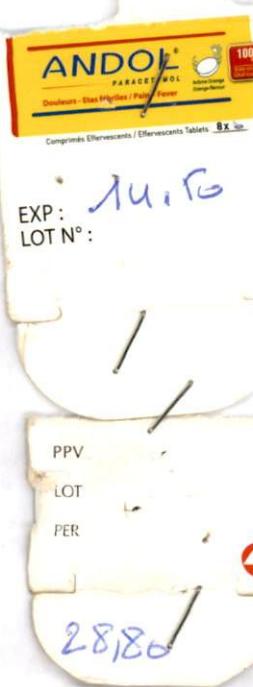
2/ VITANEVRIL FORT



1 Cp x2/j

3/ MINERVE EN MOUSSE

pendant 10 jours



Vfir CS Neur chir

43.30

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr. HAJI AKRAM JAD  
Médicin Urgentiste  
090063728



090063728

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2300259559

N° : 33901 / 2023 du 20/08/2023

Nom patient

BENOUHOUD MARIA

Entrée 20/08/2023

PAYANTS

Sortie 20/08/2023

Désignation des prestations

Nombre

Lettre Clé

Prix Unitaire

Montant

Consultation exclusive d'urgentiste	1,00	300,00	300,00
		Sous-Total	300,00

PHARMACIE	1,00	58,84	58,84
		Sous-Total	58,84

Total Clinique	358,84
----------------	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE-HUIT DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUATRE CENTIMES

Total 358,84