

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- L'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

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.

M23-013851

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13468 Société : 188001

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUEBKI SARA

Date de naissance : 08.01.1995

Adresse : Lot 4 Résidence El ea app 15 étage 2 Layounne Sidi

Tél. : 06 39 86 91 34 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire Internationale
Mohammed VI
Pr Abdelhamid NAIT LAM
Médecine Interne

Date de consultation : 15/12/2023

Nom et prénom du malade : SARA EL OUEBKI Age : 28

Lien de parenté :

Soi-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Hôpital Universitaire Internationale
Mohammed VI
Pr Abdelhamid NAIT LAM
Médecine Interne

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Système

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 : Casablanca

Le : 27/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

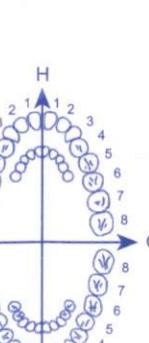
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				Coefficient des travaux A.V.																	
				Montants des soins																	
				Début d'exécution																	
				Fin d'exécution																	
O.D.F PROTHESES 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 colspan="3" style="text-align: center;">-----</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 colspan="3" style="text-align: center;">-----</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>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			G	00000000	00000000	-----			B	35533411	11433553
H	25533412	21433552																			
D	00000000	00000000																			

G	00000000	00000000																			

B	35533411	11433553																			
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux																	
				Montants des soins																	
				Date du devis																	
				Date de l'exécution																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300282074

FACTURE

N° 56 784 / 2023 du 15/12/2023

Nom patient : **EL OUERBI SARA**

Entrée 15/12/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation de medecine interne	1.00	K	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	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300.00	300.00	0.00

*Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Exploration Adulte
090063728*

Reçu de caisse

*Méd*HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N°: 2312150854450550 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300282074	EL OUERBI SARA	15/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2959	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ESSIWANI





SANS CONTACT



15/12/23 08:52:07
9900240830
92408302
HM6 BAF CENTRALE
Bouskoura

A0000000041010
APP : DEBIT MASTERCARD
xxxxxxxxxxxxxx1032
CARTE NATIONALE
D19EF18DFD8B82DB
220-0-9999-1-55

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION : 569800
STAN : 002959

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT