

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-812621



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11533</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>NASR</b>
Nom & Prénom : <b>NASR</b>		Date de naissance : <b>12/01/79</b>	
Adresse : <b>0600673793</b>			
Tél. : <b>0600673793</b> - Montant des frais engagés : <b>190311</b> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <b>12 JAN 2024</b>	
Nom et prénom du malade : <b>NASR</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie : <b>Maladie chronique</b>	
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.	

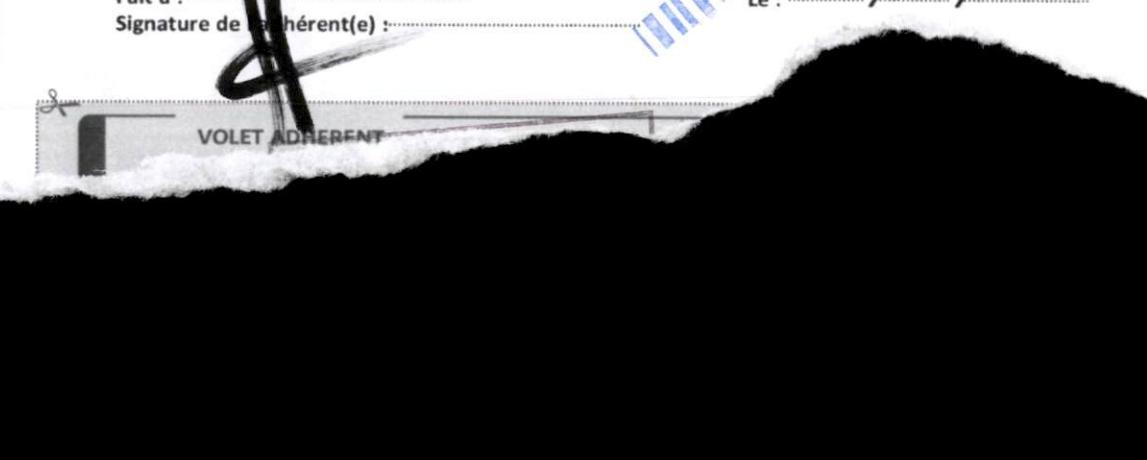
Hôpital Universitaire International Mohamed VI  
Pr. Assistant EL OUAJRAD Amal  
Cardiologie 12123265

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 : **12 JAN 2024**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



## 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
04/11/24	CS + ECG		350,00	INP : 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## 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	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400286138

## F A C T U R E

N°

723 / 2024 du 04/01/2024

Nom patient : **NASR MOUNA**

Entrée 04/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 04/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
Consultation avec électrocardiogramme (E)	1.00	K	350.00 Sous-Total	350.00 350.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>350.00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>350.00</b>

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	350.00		350.00	0.00

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Exploration



2400286138 / 2112022140400.

Prénom : MOUNA

Nom : NASR

DDN : 12/02/1979

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

Technicien :

Commentaires :

04/01/2024 09:59:50

PAYANT

Sexe: F

FC: 66 bpm  
PR: 114 ms  
QRS: 80 ms  
QT/QTcH: 402/413 ms  
QTcB: 422 ms  
QTcF: 415 ms

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*

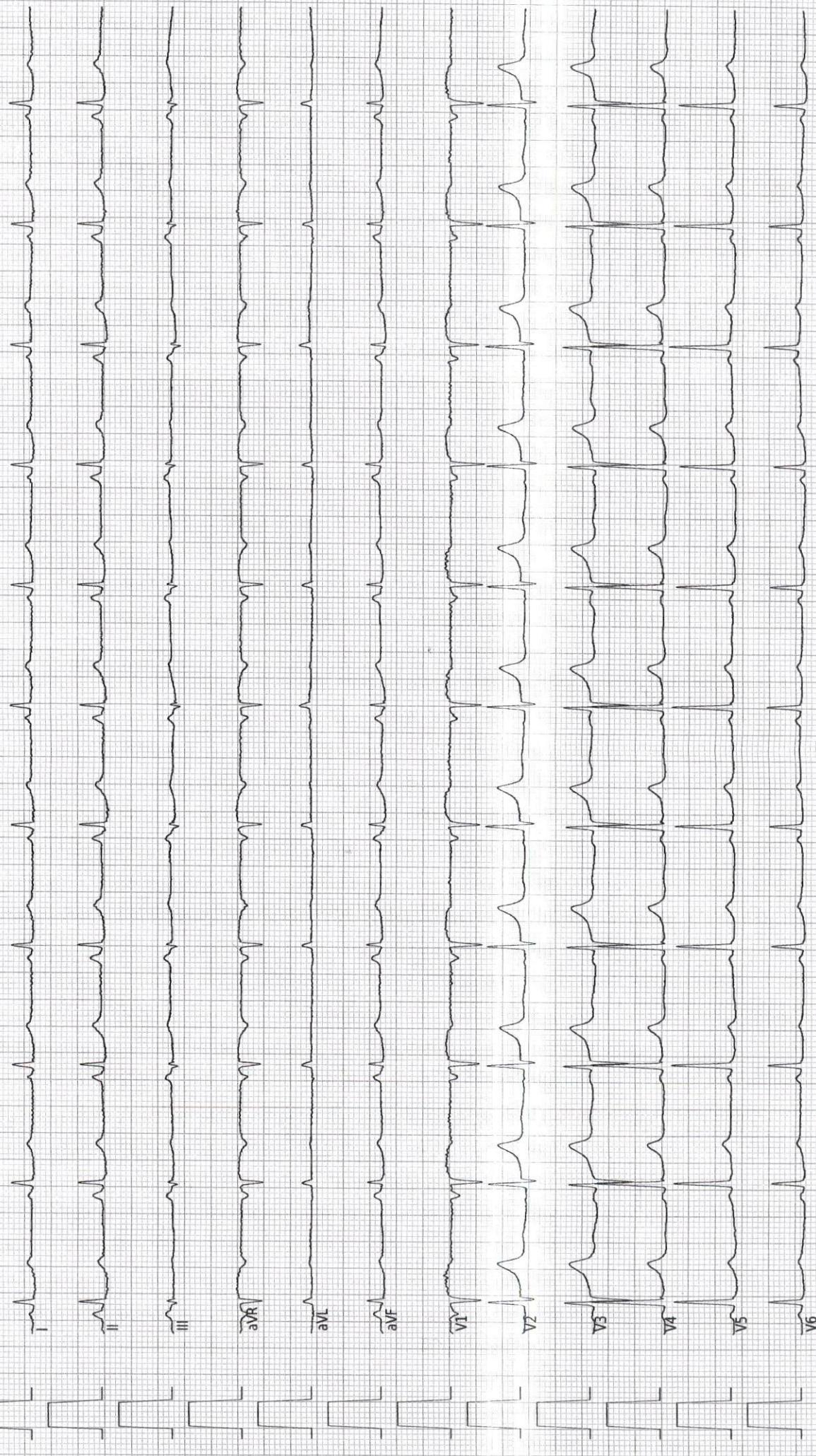
SpO2 : 99 %

ECG

R5/Sa : 1.33/0.75 mV

soek-Lyon : 2.07 mV

Axe: 61/32/48 °



Dép. :

25mm/mv 10mm/mv LP:25Hz AC:50Hz

Cardioline ECG200S v.2.11.7693