

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 060167

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2058

Société : A 96387

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr TAHHA - BOUAMRI Abdelkrim

Date de naissance : 24-06-1949

Adresse : 55-Rue 4 ete 2 Appt I cité Guynemer

HAY RASHA CASABLANCA

Tél : 0661188173

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff. d. ...

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) :

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
25/04/24	CS		± 300 ±	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/04/24	955,60 DM

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

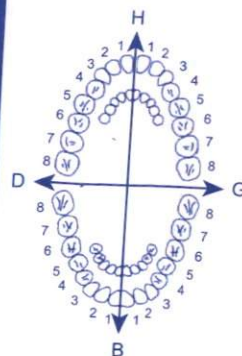
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lot N°:
FAB: 066T045A
EXP: 10/2023
PPV: 149DH00

Lot N°:
FAB: 066T045A
EXP: 10/2023
PPV: 149DH00

Lot N°:
FAB: 066T045A
EXP: 10/2023
PPV: 149DH00

Lot: 30132
PER: 07/2026
PPC: 89,900DH

Lot: 20155
PER: 07/2025
PPC: 89,900DH

Lot: 30132
PER: 07/2026
PPC: 89,900DH

Lot: 30132
PER: 07/2026
PPC: 89,900DH

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



n de l'ODF.

REF: ACL 976 767 7
CN 172329.1

REF: ACL 976 767 7
CN 172329.1

REF: ACL 976 767 7
CN 172329.1

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400290757

F A C T U R E

N° 5 353 / 2024 du 25/01/2024

Nom patient : TAHA-BOUAMRI ABDELKRIM

Entrée 25/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 25/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation ORL	1.00	K	300.00	300.00
			Sous-Total	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



ORDONNANCE

Bouskoura, le : 25-01-21

Abdelkrim Talou Beaam

(4 x 149,00)

1), Buteno spray (nez) (S.V)

(4 x 89,90) 2 pul x 2; 1/1 N.

21 - Rhinalsept protect

2 pul x 3; (S.V)

955,60 DH

PHARMACIE IBN ROCHD
Villa N° 2 Hay El Jamaa
Bouskoura

Pharmacie Ibn Rochd
Pt-Assistance Locale
131220000