

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie 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° W21-707248

198295

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19309

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : TAISSIR ABDELKARIM

Date de naissance : 26/03/1978

Adresse : RES Les 3 Golfes, Village Ville Verte Cas.

Tél. : 0650 350050

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Hopital Universitaire International Mohammed VI

Dr. NAJI AKRAM JAD

Médecin Urgentiste

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Grippe

Lien de parenté :

☐ Lui-même

Nature de la maladie :

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) :

11/03/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
08-03-84	visite	1	672	Dr. NAJIB KHAN OAB / Médecin Urgentiste

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

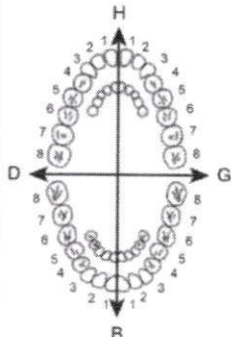
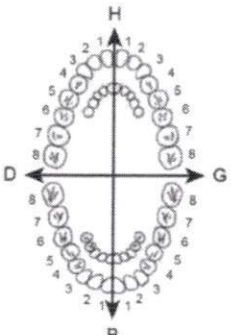
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



مركز النقديات

ACHAT

08/03/24 12:20:46
9900241168 92411601

HM6 EXPLOR ENF
Bouskoura

A0000000031010
*****0285 VISA
CARTE LOCALE 220-0-9999-1-44
MONTANT : 672.00 MAD
Num Transaction : 004
Num Autorisation : 857545
STAN : 004436

TICKET CLIENT

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2403081215423270 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400300769	TAISSIR ABDELKARIM	08/03/2024
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004436	672.00
PAYANT	Total payé	672.00
SIX CENT SOIXANTE-DOUZEMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : BEKKALI



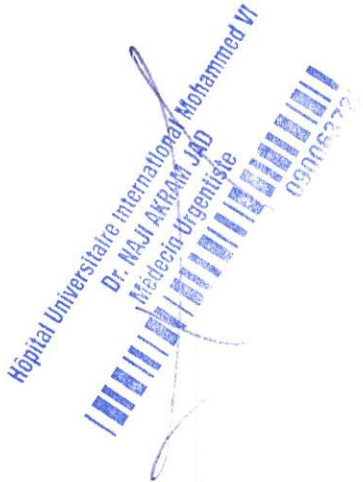
210315110542E.

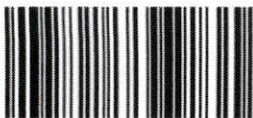
TAISSIR ABDELKARIM

Admission du : vendredi 08 mars 2024

Ordonnance

(08/03/2024,08/03/2024) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTULAZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
08/03/2024	Plasmodium - Goutte epaisse	1	DR ADIL MOUHCINE
08/03/2024	Frottis sanguin	1	DR ADIL MOUHCINE
08/03/2024	NFS - Numeration formule sanguine + plaquettes	1	DR ADIL MOUHCINE
			



090063728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400300769

FACTURE

N° 15 611 / 2024 du 08/03/2024

Nom patient : TAISSIR ABDELKARIM

Entrée 08/03/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Plasmodium - Goutte epaisse	1.00		60.00	60.00
Frottis sanguin	1.00		36.00	36.00
NFS - Numeration formule sanguine + plaq	1.00		96.00	96.00
Radiographie du thorax sous une incidenc	1.00		180.00	180.00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	672.00
Total Frais Clinique				672.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENT SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS	Total 672.00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			672.00		672.00	0.00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Patient Name: ABDELKARIM TAISSIR	Study Date: 08/03/2024 10:01:09
Procedure: Radiographie du thorax	

Radiographie thoracique de face

Résultats :

- Transparence parenchymateuse normale.
- Accentuation de la trame péri broncho vasculaire.
- Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.
- Silhouette cardiomédiastinale normale.
- Culs de sac pleuraux libres.

En vous remerciant pour votre confiance

Pr. BENSLIMA N.

Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Pr BENSLIMA NAJWA

Radiologie



091235135



210315110542E.

TAISSIR ABDELKARIM

Admission du : vendredi 08 mars 2024

Ordonnance

(08/03/2024,08/03/2024) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTULAZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
08/03/2024	Radiographie du thorax sous une incidence	1	DR ADIL MOUHCINE
<div>Hôpital Universitaire International Mohammed VI Dr. MAJI AKRAM JAD Médecin Urgentiste 090063728</div>			



090063728