

## COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ER 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

- Reclamation : 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 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° W21-822362

201812

E

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1571

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

R.E.T

Nom & Prénom :

TALEB Abdellmjid

Date de naissance :

09-09-61

Adresse :

Blouz 2 N°106 MAY EL FATHA

MELLAJ

Tél. : 0666937777 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. EL MOUTIA Hmad  
Anesthésiste-Réanimateur  
Hôpital International Agadir  
Tél. 0528 207 171 - Fax : 0528 206 464  
INPE - Q41248030

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-822362

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
02/09/2024	FC		50,00 250,00	INP : 0111968630 Hôpital International de la Zone Grand Sud Ida Outanane - Agadez Tél : 0528 202 177 Fax : 0528 202 181 Hôpital International de la Zone Grand Sud Ida Outanane - Agadez Tél : 0528 202 177 Fax : 0528 202 181

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<u>Montant de la Facture</u>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital International Agadir s/s Zone Grand Stade, Route N°1 1000 Oulad Nane Agadir Tél: 027 171 Fax: 0528 206 464 E-mail: direction@hia.ma	02/02/2014	ECG	150,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	<b>G</b>
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital International Agadir  
المستشفى الدولي أڭادير

Agadir, le 09/09/2016

H. Tale B. ABdelmajid

Saine ECG

Dr. EL MOUITA Hmad

Anesthésiste-Réanimateur

Hôpital International Agadir

Tél : 0528 207 71 - Fax : 0528 206 464

INPE 041240030

Hôpital International Agadir sis à zone grand stade,  
Route n°1 (en face CHU) IDA OUTANANE - Agadir  
Tél. : 05 28 20 71 71 - Fax : 05 28 20 64 64  
E-mail : direction@hia.ma - Site web : www.hiagadir.ma

# HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR



090064759

AGADIR Le : 02-02-2024

## Facture N° 03882/24

### A. Identification

N° Dossier : HIA24B02130659 N° Identifiant : 024765/24  
**Nom & Prénom : M. TALEB ABDELMJID**  
 C.I.N : J161336  
 Adresse : AGADIR

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-02-2024

Date Sortie : 02-02-2024

Traitements :

Médecin traitant : DR . EL MOUTIA HMAD

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	FRAIS CLINIQUE		50,00			50,00
1	ECG		150,00			150,00
						Total Rubrique : 200,00
						<b>PARTIE CLINIQUE : 200,00</b>
<b>HONORAIRES ANESTHESISTES</b>						
1	DR. EL MOUTIA HMAD (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
						Total Rubrique : 250,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						<b>TOTAL GENERAL 450,00</b>

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

signature de l'assuré

Agadir International Hospital  
 Sis à Zone Grand Stade Route N°1  
 IDA OUTANAN - Tél. : 05 28 20 71 71 Fax : 05 28 22 64 64  
 E-mail : direction@hia.ma - Site Web : www.hiagadir.ma IF : 52515740 - ICE : 003066619000002 - INPE : 090064759

# HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

## NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 02/02/2024

LE:04/02/2024

DATE SORTIE : 02/02/2024

DR. EL MOUTIA HMAD (ANESTHESIE-REANIMATION)

HONORAIRES : 250,00 Dh (DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS )

PATIENT : M. TALEB ABDELMJID

Dr. EL MOUTIA Hmad  
Anesthésiste Réanimateur  
Hôpital International Agadir  
Tel : 0528 207 171 - Fax : 0528 208 464  
0528 207 171 - Fax : 0528 208 464

signé et cacheté

# HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

NOM DU PATIENT : M. TALEB ABDELMJID  
DATE DE NAISSANCE : 09/09/1961  
HIA24B24085517



Reçu N°: 63876

Paiement du 24/02/2024 11h51

Montant	1 860,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : HANIM KHADIJA Le 24/02/2024 11h51

ACCUSE CAISSE  
Hôpital International Agadir

