

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ctions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 063500

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9818 Société : 77283

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHALIL IBRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 061-89128 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age: .....

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) :

# 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.

## Reéducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 Reclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W21-633004

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **09818**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

**Départ Négoce**

**I BRAHIM**

Nom & Prénom : **KHALIL**

Date de naissance : **01.09.1971**

Adresse : **15 Rue HENRY DE LA TOUR, STC 3, 1069 Casablanca.**

Tél. : **0661281280**

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

**KHALIL Ibrahîm**

Age :

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casa**

Le : **22/6/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-633004

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 :

### 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
24.01		V.O.H	1280,00	INP : Hôpital Universitaire Ibn Rochd Casablanca Dr. YOUSSEF AZIZ Médecin Chef de Service des urgences 01107234
20.21		F.J.	2964	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

H		G
D		B

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	06533412	21423552
D	00000000	00000000
B	06533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX**

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

24/05/2021  
15:14

Nom Patient	Numéro dossier				
KHALIL IBRAHIM	2100178047				
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
24/05/2021	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS (1)	21434	1,00	3.77	3.77
24/05/2021	SERINGUE 1ML	21434	2,00	0.78	1.56
24/05/2021	SPARADRAP TEGADERM 3M 10X12CM	21434	1,00	7.63	7.63
24/05/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. EC	21434	2,00	0.44	0.88
24/05/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	21434	2,00	1.17	2.34
24/05/2021	INTRANULE G 20	21434	1,00	2.37	2.37
24/05/2021	AIGUILLE DE PRELEVEMENT 22G25M	21434	1,00	1.56	1.56
24/05/2021	TUBE EDTA-K2 4ML	21434	1,00	1.50	1.50
24/05/2021	TUBE CITRATE 4,5ML	21434	1,00	2.34	2.34
24/05/2021	TUBE HEPARINE 4ML	21434	1,00	1.70	1.70
24/05/2021	TUBE ROUGE SEC 4ML	21434	2,00	1.43	2.86
24/05/2021	SACHET POUR TRANSFER DES TUBES	21434	1,00	1.56	1.56
<b>Total pharmacie</b>					<b>30.07</b>

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service des Urgences A  
098003728

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service des Urgences A  
098003728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100178047

F A C T U R E

N° 2 964 / 2021 du 24/05/2021

Nom patient : KHALIL IBRAHIM

Entrée 24/05/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 24/05/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
Consultation pour urgence cancerologique	1.00		300.00	300.00
Oxygenotherapie, par heure	1.00		50.00	50.00
AMBULANCE	1.00		900.00	900.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 250.00</b>
PHARMACIE	1.00		30.07	30.07
			<b>Sous-Total</b>	<b>30.07</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 280.07</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS SEPT CENTIMES

**Total 1 280.07**

					Total encaissé	Solde
Encaissements						<b>1 280.07</b>

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service des Urgences A  
INPE: 090063728