

# 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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>02739</b>	Société : <b>RAT</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ELOUA AOUA NED</b>			
Date de naissance : <b>15/01/57</b>			
Adresse : <b>7. Agt des Neffliers Firholous An le bora</b>			
Tél. <b>061098623</b>	Total des frais engagés : <b>300,00 DTT</b>		

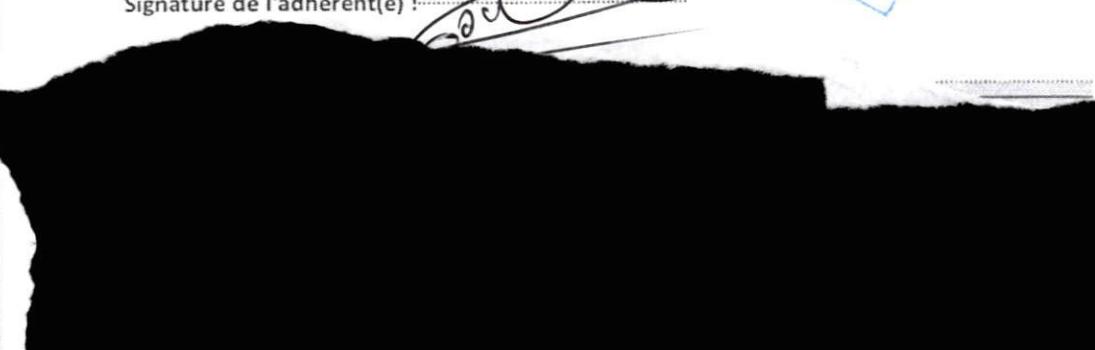
**Autorisation CNDP N° : AA-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> 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'atté médecin conseil de la Mutuelle.	

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

Fait à : **02/09/2019** Le : **18/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
02/09/2021	CC		300,00	INP Hôpital Universitaire International Mohammed VI Dr. M. Aziz Médecin Chef de service Urgences  101107334

## 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

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles. The numbers are arranged in a pattern: the top row has 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; the second row has 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11; the third row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the fourth row has 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11; the fifth row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the sixth row has 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11; the seventh row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the eighth row has 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11; the ninth row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; and the tenth row has 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11. A central 'H' symbol is positioned above the grid, with arrows pointing to the top, bottom, left, and right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 02/09/2021

N° : 0008056

### QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

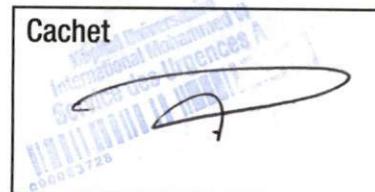
IPP : 240820161948T

N° d'admission : 2100135739

Montant : 300,00 DH

Patient : Machmachi Ghita

Cachet



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100185739

## F A C T U R E

N° 10 619 / 2021 du 02/09/2021

Nom patient : **MACHMACHI GHITA**

Entrée 02/09/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

*Recette Universitaire  
International Mohammed VI  
Secteur des urgences A  
0200185739*

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2109021526240190 / 1 / 8 056

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100185739	MACHMACHI GHITA	02/09/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : D.HAFSA

REÇU  
Hôpital Universitaire International  
MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
Casablanca  
N° : 2109021526240190 / 1 / 8 056  
Date : 02/09/2021  
Montant : 300,00 Dhs  
TROIS CENTS DIRHAMS  
Payant : D.HAFSA  
Signature : D.HAFSA