

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W21-626917

85922

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricle : 11463		Société : royal air maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DAHBI KHALIL			
Date de naissance : 14/07/1975			
Adresse : 11, rue Ibn Naumi Farah 1 Settat			
Tél. : 0661766475		Total des frais engagés : # 300,- Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Hôpital Universitaire International Mohammed VI



Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09/2021

Nom et prénom du malade : DAHBI KHALIL Age: 46 Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prise de visage

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 : Casablanca

Le : 25/10/2021

Signature de 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
9/10/97	CS	1	300 DH	INP : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hôpital Universitaire International Dr KHALID EL Aminie Médecin Urgenciste

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

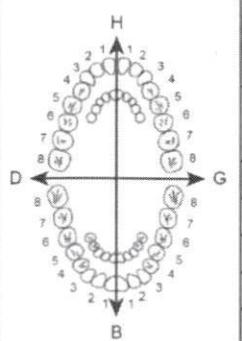
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]



2109221719220.

DAHBI KAMAL

Admission du : mercredi 22 septembre 2021

Ordonnance

(22/09/2021,22/09/2021) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTULAZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
22/09/2021	Consultation exclusive d'urgentiste	1	DR. AMIALI
			<p>Hôpital Universitaire International Mohammed VI Dr. KHALID Amine Médecin Urologue 010043728</p>



090063728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100187335

F A C T U R E

N° 12 231 / 2021 du 22/09/2021

Nom patient : DAHBI KAMAL

Entrée 22/09/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		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



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2109221746530420 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100187335	DAHBI KAMAL	22/09/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	001610	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : C.OUMAIM



A handwritten signature is written over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text "MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI" and "RECEIPE DE LIQUIDATION".