

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-671025

1,03/2022



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société :

Autre :

EL GAOUZI HAJA

02/06/1989

Habituelle

0661399061

Total des frais engagés :

600,00

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté :

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.

Dr. Abdelmajid MOUSSAOUI
Professeur d'Anesthésie Réanimation
Clinique des Nations Unies
NPE : 101099182

16/12/2021
EL GAOUZI Hajai Age: 39 Ans.
H. HAJA

Conjoint Enfant

crise d'angoisse

Fait à :

Le : 16/12/2021

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
16/11/2011	V.	1	300,-	INP : [REDACTED]
				Dr. Moustapha MOUSSAOUI Spécialiste Réanimation Hôpitaux Unis 1099182

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Le : 05/03/2015 A 10h - 12h Actions Unies, R éal - Radiat ion	lant cpe					300,00

Cachet et signature du Particien

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				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																



مصحة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

F A C T U R E

N° : 11262 / 2021 du 16/12/2021

Nom patient EL GAOZI HAJAR
PAYANT

Entrée 16/12/2021
Sortie 16/12/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PERFUSION	1.00	K5	235.00	235.00
			Sous-Total	235.00
PHARMACIE	1.00		65.00	65.00
			Sous-Total	65.00
Nom patient	E.			16/12/2021
			Total Clinique	300.00
DR. MOUSSAOUI ABDELMA (anest.reanimat)	1.00	VS	300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Désignation				Montant
			Total Autres prestations	300.00
PERFUSION				235.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				235.00
SIX CENTS DIRHAMS			Total	600.00
PHARMACIE				65.00
				65.00
				300.00
				300.00
DR. MOUSSAOUI ABDELMA (anest.reanimat)				300.00
				300.00
PERFUSION				100.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				100.00
SIX CENTS DIRHAMS			Total	600.00
PHARMACIE				65.00
				65.00
				300.00
				300.00
DR. MOUSSAOUI ABDELMA (anest.reanimat)				300.00
				300.00

شارع الأمم المتحدة، زنقة ابن حنبل، أكدال - الرباط / Agdal - Rabat /
Tél. : (+212) 5 37 67 05 05 - Fax : (+212) 5 37 67 35 35 / (+212) 5 37 67 14 09 - Email : cnrabat@gmail.com

Patente : 25737214 - R.C. : 48575 - I.F. : 03302712 - C.N.S.S : 6081484 - ICE : 000016130000020

R.I.B n° 011.810.0000.01.210.00.07629.92 BMCE

SIX CENTS DIRHAMS

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR

N° Facture 11 262

H2111270

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie		65.00	

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie		65.00	

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie		65.00	

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie		65.00	

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie		65.00	