

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1267</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :		<u>CHERIFI TAYEB</u>	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :		<u>01/01/1970</u>	
Adresse :			
Tél. : <u>0661650181</u>		Total des frais engagés	
Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Hôpital Universitaire International Hassan II Dr. Nabil KAKAOU Médecin Orthopédiste nabil.kakao@hii.ma			
Date de consultation : <u>20/03/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Boudlaa NACERA</u> Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Anaphylaxie</u>			
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/03/2023



### 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
20/03/2023			390,90	INP : 1362

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

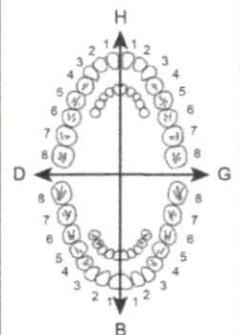
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

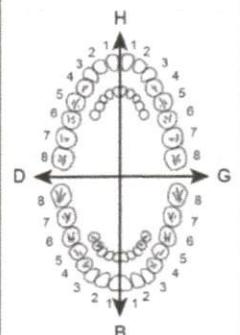
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



210716141814O.

11170

21 mars 2023

**Mme BOUDLAL NACIRA**

**1/ COTIPRED 20 MG COMPRIME SECABLE EFFERVESCENT**

3 cp / j pendant 05 jours

**2/ ALER Z 10 MG CP**

1 cp / j le soir pendant 15 jours

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr. NAJI AKRAM JAD  
Médecin Urgentiste  
090063728



090063728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300237324

**F A C T U R E**

N° **11 367** / 2023 du **20/03/2023**

Nom patient : **BOUDLAL NACIRA**

Entrée **20/03/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **20/03/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00 Sous-Total	300.00 300.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		90.90 Sous-Total	90.90 90.90
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>390.90</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES

**Total** **390.90**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	390.90	390.90	0.00



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

21/03/2023  
00:50

Nom Patient :	<b>BOUDLAL NACIRA</b>		Numéro dossier :	<b>2300237324</b>	
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
20/03/2023	ADRENALINE 1 MG AMPOULE 1MG INJECTA (10)	0	2,00	2.04	4.08
20/03/2023	MASQUE NEBULISEUR ADULTE	0	1,00	14.28	14.28
20/03/2023	SERINGUE 10ML	0	1,00	1.56	1.56
20/03/2023	INTRANULE G 22	0	1,00	1.43	1.43
20/03/2023	SERINGUE 10ML	0	1,00	1.56	1.56
20/03/2023	SERINGUE 2.5ML	0	1,00	1.01	1.01
20/03/2023	SERINGUE 5ML	0	1,00	1.01	1.01
20/03/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	5.86	5.86
20/03/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.44	1.44
20/03/2023	LUNETTE A OXYGENE ADULTE	0	1,00	7.53	7.53
20/03/2023	SOLUMEDROL 120 MG/2ML INJECTABLE 1 FLACO	0	1,00	36.00	36.00
20/03/2023	ADRENALINE 1 MG AMPOULE 1MG INJECTA (10)	0	1,00	2.04	2.04
20/03/2023	CHLORURE DE SODIUM 0,9% 0,9%Po500 INJEC	114136	1,00	13.10	13.10
				<b>Total pharmacie</b>	<b>90.90</b>

