

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 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° W21-765191

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13104</u>			
Société : <u>MDA 964</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : <u>JDI IMANE</u>			
Date de naissance : <u>25/07/1989</u>			
Adresse : <u>Bouskoura, Dior Andalous II, résidence Jasmin, Imm 7A, APP16</u>			
Tél. : <u>0661112219</u> Total des frais engagés : <u>600,00</u>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>26/06/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Dr. JDI IMANE</u> Age : <u>34</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>En cours</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>En cours</u>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attédeur : <u>MUPRAS - Pt. FICHTAL KARIMA - Radiologie-Oncologie - 091172537</u>			
Fait à : <u>MDA 964</u> Le : <u>16 AOUT 2023</u>			
Signature de l'adhérent(e) :			

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 : _____ Le : _____

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
06/06/2023	Cl Cag Dépôt	1	# 600.00	INP : <input type="checkbox"/> Hôpital International FICHTAU Karima n° Cancérologie Gynéco-oncologie 0911-123456

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

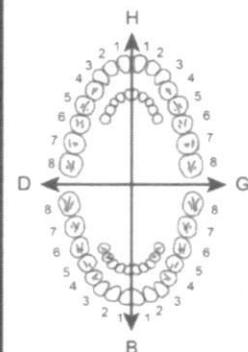
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

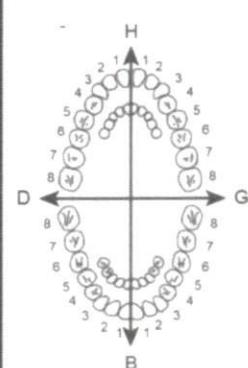
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
REVIS

DATE DE
L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

Echographie gynécologique

Examen réalisé par :

NOM & PRENOM :

Dr. Toubou

Date :

Opérateur :

Indication : consultation gynécologique

Examen réalisé par voie : sus pubienne

Utérus :

- ▶ Position antérieure
- ▶ Contours réguliers, échostructure homogène.
- ▶ Endomètre : période des règles

• Ovaïres :

- ▶ Droit :
- ▶ Gauche :

✓ R.A

• Cul de sac de Douglas :

• Autres :

Conclusion :

Sur demande de Mme [Signature]

Gynécologue-obstétricien • Cancérologie-Gynéco-Mammaire
Pr. FICHAUD Karima
Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 E-mail : www.hm6.ma

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300251251

F A C T U R E

N° 25 507 / 2023 du 26/06/2023

Nom patient : JDII IMANE

Entrée 26/06/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/06/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation de gynécologie-obstétrique avec echographie	1,00	K	600,00 Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SIX CENTS DIRHAMS	Total	600,00

	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	600,00	600,00	0,00

