

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-504779

171840

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10378

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BELGHAZI IMANE

Date de naissance : 28/09/1978

Adresse : RESIDENCE AMBAR 4 IMM D APP 03

ENNASSEM CASABLANCA

Tél. : 0663471542

Total des frais engagés : 600

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : BELGHAZI IMANE

Age : 43 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation Gynécologie

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.

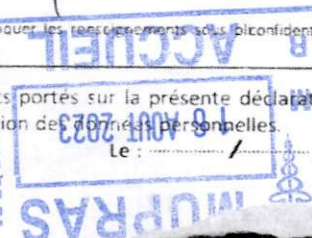
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e)

[Signature]



RELEVÉ 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
31/05/22	Cs Gyneco + ec. nu.		600,00 DH	091176172

[illegible]

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

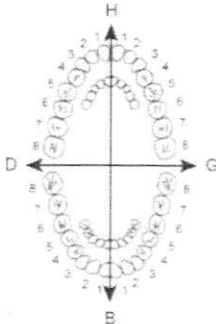
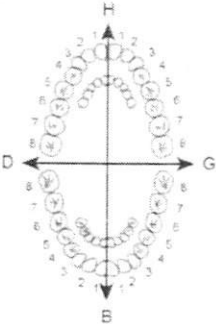
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D 25523412 30000000 00000000 35523411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21423552 00000000 00000000 11423553 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 11423553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Bouskoura, Le 31/05/2022

Échographie pelvienne

Mme Belghazi Imane

Utérus de taille normale de contours réguliers
Endomètre fin
Ovaires sans anomalies
Pas d'épanchement intra péritonéale

Adil Elghanmi

M.D, PhD. Professor of gynecology and obstetrics
UM6SS, Casablanca, Morocc

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Gynécologue - Obstétricien - Contraception
Adil Elghanmi
091178172

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2205311240250190 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200205667	BELGHAZI IMANE	31/05/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1733	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : D.HAFSA

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Consultation Gynéco-Obstétrique
09006372

2200205667

F A C T U R EN° **11 832 / 2022** du **31/05/2022**Nom patient : **BELGHAZI IMANE**Entrée **31/05/2022**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **31/05/2022**

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

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

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

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Consultation Gynéco - Obstétrique
090063728



مركز الخدمات

SANS CONTACT



31/05/22

12:40:49

9900240848

92408401

HM6 CONSUL M ENF

Bouskoura

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxxx3368

CARTE NATIONALE

684D0DE6F68E28D1

201-0-9999-1-44

MONTANT: 600,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 104757

STAN . 001733

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT