

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-795333

179533

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 2390

Matricule : 2390 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : RAI

Nom & Prénom : Arabi CHAGA KANAT

Date de naissance : 10.3.55

Adresse : 2 lot LAINEU CABA

Tél. : 0614440694 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Dr. Assistant LAIDI Soukaina
Endocrinologie Diabétologie

091252213

Cachet du médecin :

Date de consultation :

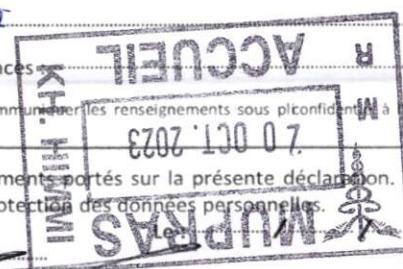
Nom et prénom du malade : Alami - Chems Hamad Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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.

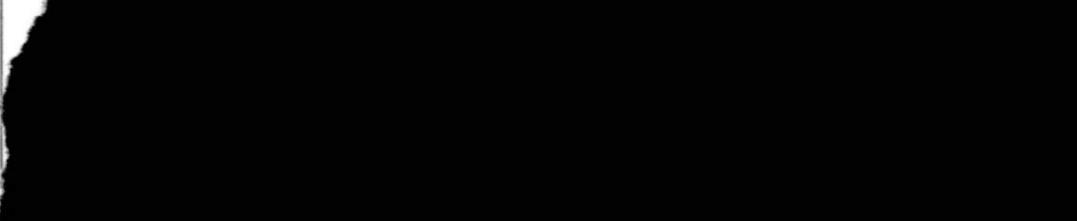


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/10/2023			300,30	<p>INP : Assistant Médecin Assistant AHP Soukaina Endocrinologie Diabétologie</p> <p>09 252213</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AFRICA PHARMACEUTICALS LTD	18/10/2023	1017,30

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

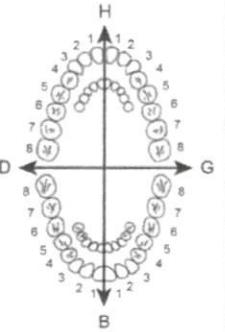
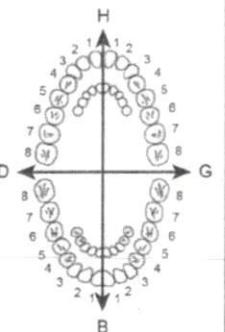
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	MONTANTS DES SOINS								
	DEBUT D'EXECUTION								
	FIN D'EXECUTION								
 <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 21433552							
	D	00000000 00000000							
	B	35533411 11433553							
G									
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								



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 18/10/2023

Mr Alami Chems Kamel

437,00 x 2

1) Janumet 50/1000



1cp 2x/j

54,30
89,00

2) Diamicroz 30g



1cp/j le matin

PHARMACE HOSPITAL INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
AL FIDAYA
ORDONNANCE
QUAI SIDI GHABANNA
TÉL : 0522931749
CASABLANCA
N° 24947

dur de 3 mois

1017,30

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Assistante en Diabétologie
Stédiologie Diabétologie
091252213

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.

89,00

54,30

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **146.570** / 2023 du **18/10/2023**

Nom patient : **ALAMI-CHAMS KAMAL**

Entrée **18/10/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **18/10/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00

