

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 canalaire, 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 canalaire.

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="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0018946

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule **12309**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

TAKSIR Abdellah

Date de naissance : **26/03/1978**

Adresse : **Résidence les 3 Golfs, Villa 2, Ville Verte
Bouzhang**

Tél. : **0650 350050** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : **RAN** Le : **15/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Conseiller	Date	Montant de la Facture
 Rés. les joyaux de Boukoura Imme C.N.P 1 ^{er} étage 37 - 02 20 61 77 77 - CIN: 493 54 28 37 C.E: 0028154510-0074	18/11/2023	109,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2300276522

N° : **51162 / 2023** du **18/11/2023**

Nom patient	TAISSIR ABDELKARIM	Entrée	18/11/2023
	PAYANTS	Sortie	18/11/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	300.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		59.69	59.69
Total Clinique				359.69

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS SOIXANTE-NEUF CENTIMES	Total	359.69



A handwritten signature is written over a blue circular stamp. The stamp contains the text: "Hôpital Universitaire International Mohammed VI", "Service des Urgences A", and "090063728".

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

18/11/2023

18:37

Nom Patient :	TAISSIR ABDELKARIM	Numéro dossier :	2300276522
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité
18/11/2023	ACUPAN 20 MG SOLUTION IN 20MG INJECTA (0)	0	1,00
18/11/2023	SPASFON 40 MG/0,04 ML SO 40MG INJECTA (0)	0	1,00
18/11/2023	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)	0	1,00
18/11/2023	CLOPRAME 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJECT	0	1,00
18/11/2023	OMEPRAZOLE NORMON 40 MG 40MG INJECTA (0)	0	1,00
18/11/2023	GLUCONATE DE CALCIUM PRO 0,1 INJECTA (50)	0	1,00
Total pharmacie			59.69

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 23111818374804201 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300276522	TAISSIR ABDELKARIM	18/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	007556	359.69
PAYANT	Total payé	359.69

TROIS CENT CINQUANTE-NEMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Reçu établi par : C.OUMAIM



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'C.OUMAIM', is overlaid on a faint, blue, rectangular stamp. The stamp contains the text 'Hôpital Universitaire International Mohammed VI', 'Service des Urgences', and the number '65002728'.



achat))))

18/11/23

18:36:00

9900240863

92408601

HM6 URGENCE

Bouskoura

A0000000031010

*****0285

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

MONTANT : 359,69 MAD

Num Transaction : 009

Num Autorisation : 248173

STAN : 007556

TICKET CLIENT