

# 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.

190898

Maladie

Dentaire

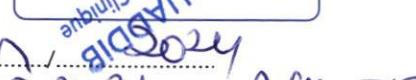
Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1224	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		HDOUCHE AHMED	
Date de naissance :		27 - 6 - 1948	
Adresse :		60 - RUE 13 NOU HALQA RES. KENZA	
BOURGOGNE - CASABLANCA			
Tél. : 06 66 80 12 25		Total des frais engagés	396,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	15/1/2024	Age :	
Nom et prénom du malade :	HDOUCHE AHMED		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ALD		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> 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.			
17 JAN 2024			

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 : 15/10/2024  
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
15/10/18	12h	CS	300,00	Dr. Mohamed Nourredine
				1773746
				Signature
				Date : 17/10/18

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DES ENFANTS</b> <b>Dr. BOUJIDA Nadia</b> <b>34, Rue Ibnou Jahlil Bourgogne</b> <b>tél: 0522 20 80 44 - Casablanca</b>	10/11/24	56,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

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	H
D	D
25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : ٢٥ . ٠١ . ٢٠٢٤

Mr HDOUETTE AHMED

96DH

Pizol

1 Jan

20

0 Jan x 28



PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUJIDA Nadia  
34, Rue Ibnou Jelil - Bourgogne  
Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca

Dr. Ahmed MOUADDIB  
Spécialiste en Hématologie Clinique  
Greffé de Moelle  
(INPE 091113746)

PPV:96DH00  
PER:03/26  
LOT:M2622-3



## QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission : 2400288127

Montant : 300,00dh

Patient : H Douche Ahmed

Cachet

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Oncologie  
090063728

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2400288127

N° : 2736 / 2024 du 15/01/2024

Nom patient	HDOUCHE AHMED	Entrée	15/01/2024
	PAYANTS	Sortie	15/01/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation d'hematologie	1.00	K	300.00	300.00
<b>Total Clinique</b>				<b>300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>300.00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS		



Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Hémato Oncoologie  
090063728