

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.

N° W21-816701

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9403	Société :	R A M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN LEMLIH YASSINE A93766			
Date de naissance : 17/01/1973			
Adresse : 107 CONSTAAT PARC N° 16 9005 KOURA			
Tél. : 06 63 608 602 Total des frais engagés : 300,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 05/05/2024	
Nom et prénom du malade : ZINE EL ABIDINE IBTISSAME Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection ORL	
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 : 17/05/2024

Signature de l'adhérent(e) :



VIOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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

SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP :

MONTANTS DES SOINS			

DEBUT

					D'EXECUTION	

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552 COEFFICIENT DES TRAVAUX

Diagram illustrating a 2D convolutional layer. The input H is a 4x4 grid of 1s. The output G is a 2x2 grid of 1s. A 2x2 kernel is shown above the input, with a stride of 2 indicated by a dashed line.

35533411 11433553
B MONTANTS

[Création, remont, adjonction] DES SOINS

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

A dental arch diagram showing upper teeth with numbers 6, 5, 4, 4, 5, and 6. Below the arch is a blank chart with four horizontal rows for orthodontic records.

	DATE DE	<input type="text"/>
---	--	----------------------

10 L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400286259

F A C T U R E

N° 847 / 2024 du 05/01/2024

Nom patient : **ZINE EL ABIDINE IBTISSAME**

Entrée 05/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation ORL	1.00	K	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	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300.00	300.00	0.00

*Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Exploration Adulte
090063728*

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 24010509022029201 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400286259	ZINE EL ABIDINE IBTI	05/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3526	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ELBAKAY



05/01/24 08:58:42
9900240889
92408801
HM6 EXPLORATION AD
Bouskoura

A0000000031010
APP : VISA
BENLEMLIH YASSINE/
xxxxxxxxxxxxxx0468
05/24 CARTE NATIONALE
C61135D2391EAC46
226-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION: 604113
STAN : 003526

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT