

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-819626



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8359 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUSBINA KHADID 196831

Date de naissance : 16-6-66

Adresse : GOR GRY V8 N°116 VILLE Verte

Tél. : 066372278 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 031203755

Date de consultation : 31/12/2014

Nom et prénom du malade : Malik BOUSBINA. Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Syndrome

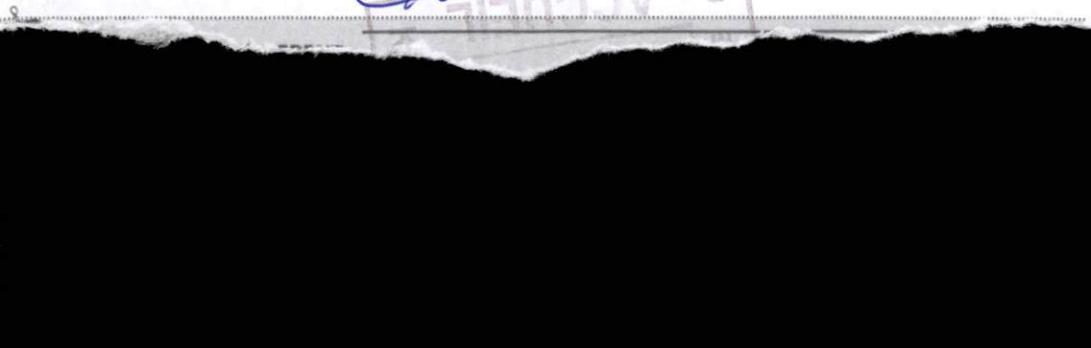
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 1/1/2015

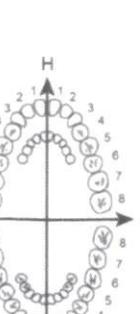
Signature de l'adhérent(e) :



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
31/12/24	Actes a.) soins facture 6634		444,88	INP : 13122974

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Centre Bourg	31/01/24	99,30

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 et 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
		INP : <input type="checkbox"/>																				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																				
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																				
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																				
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																				
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																				
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																				
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																				



ORDONNANCE

Bouskoura, le :

31/11/20

Malak boustan

79,70

1/2 x 100

S.V

10 14915

3j

2 Parental vit

SV

1 CP x 4 (j si
111 111 down

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 24013110304632701 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400291972	BOUSBINA MALAK	31/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3985	444.28
PAYANT	Total payé	444.28

QUATRE CENT QUARANTE-QUATRE MÉDICALISATION HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Reçu établi par : BEKKALI



2400291972

F A C T U R E

N° **6 634** / 2024 du **31/01/2024**

Nom patient : **BOUSBINA MALAK**

Entrée **31/01/2024**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **31/01/2024**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation de pediatrie	1.00		300.00 Sous-Total	300.00 300.00
PHARMACIE	1.00		144.28 Sous-Total	144.28 144.28
Total Frais Clinique				444.28

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENT QUARANTE-QUATRE DIRHAMS VINGT-HUIT CENTIMES	Total	444.28

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	444.28	444.28	0.00



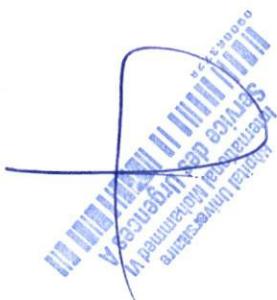
DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

31/01/2024
10:32

Nom Patient : BOUSBINA MALAK

Numéro dossier : 2400291972

Date	Produit consommé	Nº BS	Quantité	Prix Unit.	Total
31/01/2024	INTRANULE G 22	196090	1,00	1.60	1.60
31/01/2024	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	196090	1,00	1.17	1.17
31/01/2024	SERINGUE 10ML	196090	1,00	2.43	2.43
31/01/2024	OMEPRAZOLE NORMON 40 MG 40MG INJECTA (0	196090	2,00	29.90	59.80
31/01/2024	ONDANSETRON NORMON 8M INJECTA (50)(1)	196090	1,00	46.24	46.24
31/01/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	196090	1,00	5.86	5.86
31/01/2024	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)(1)	196090	1,00	14.08	14.08
31/01/2024	CHLORURE DE SODIUM 0,250 INJECTA (01)	196090	1,00	13.10	13.10
Total pharmacie					144.28





مركز النقديات

ACHAT))))

31/01/24

10:33:46

9900241168

92411601

HM6 EXPLOR ENF

Bouskoura

A0000000031010

485013*****0074

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

MONTANT :

444,28 MAD

Num Transaction : 004

Num Autorisation : 812849

STAN : 003985

TICKET COMMERCANT A CONSERVER