

# 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.

M22- 0015664

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	541	Société :	ND
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	1016 M
Nom & Prénom : DIRAR Mustapha		Date de naissance : 22/03/46	
Adresse : Ras. Bab Raya, Im. I. App. 102 Route d'Azenar		Tél. : 06 33 19 58 27	
Total des frais engagés : ..... Dhs			

### Cadre réservé au Médecin : Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	16/02/2024
Nom et prénom du malade :	.....
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> lui-même
Nature de la maladie :	maladie infectieuse
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
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 : ..... / .....
Signature de l'adhérent(e) :	



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des	Natures des	No
Actions universitaire	Actes	Co
Hammam Habib Nagy Exploration Adulte	Mohammed CS	
090063728		

#300-4

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400295873

## F A C T U R E

N° 10 577 / 2024 du 16/02/2024

Nom patient : DIRAR MUSTAPHA

Entrée 16/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE	1.00		300.00 Sous-Total	300.00 300.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**Total 300.00**

TROIS CENTS DIRHAMS

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300.00	300.00	0.00

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Exploration Adulte  
090063728

**HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI**

CASABLANCA

**Reçu de caisse***MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 24021610403429201 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400295873	DIRAR MUSTAPHA	16/02/2024

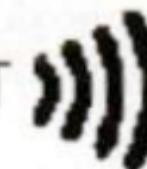
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3909	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ELBAKAY



مصرف التقديمات

SANS CONTACT



16/02/24 10:41:14  
9900240889  
92408801  
HM6 EXPLORATION AD  
Bouskoura

A0000000031010  
APP : Visa  
xxxxxxxxxxxxx8550  
CARTE NATIONALE  
6541C36CDD5BB623  
221-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 003  
NUM AUTORISATION: 728657  
STAN : 003909

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT