

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

PRAFROS/V2/20-10-2023

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 13104 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : John Jimene
Date de naissance : 25/07/1989

Adresse : Boulevaro, Andalous 3, Résidence Jorraine,
Jm 7A, App 16

Tél. : 066112219 Total des frais engagés : 3.00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : /

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'atlas médical de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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 Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/01/2018 06/03/2018	CS		+ 300 F	Hôpital Universitaire Intercommunal de SABANNAH Professeur André-Désiré RIBA - Chirurgie 03 65 37 28

RECHERCHES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
El Andalousie Pharmacie Bouskoura - D. SABANCA Tel : 05 22 32 09 84	03/04/2024	55,10

- 02-09-84
092102391

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400306306

F A C T U R E

N° 21 318 / 2024 du 03/04/2024

Nom patient : JDII IMANE

Entrée 03/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 03/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION ORL	1.00		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

[Handwritten signature]
Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Exploration Auditive
090063728

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 24040309430829201 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400306306	JDII IMANE	03/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4309	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ELBAKAY



مركز التفاحات

SANS CONTACT



03/04/24 09:44:16
9900240889
92408801
HM6 EXPLORATION AD
Bouskoura

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx9210
CARTE NATIONALE
A944962E04E3B398
221-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 004
NUM AUTORISATION: 753497
STAN : 004309

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT