

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 ALÇ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0006947

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERIFI TAYEB

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse :

Tél : 0661250181 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/22

Nom et prénom du malade : CHERIFI TAYEB Age : 72

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Coxo-arthrite

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 : CASN Le : 16/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
16/12/2022	Consultations Adultes		300,00	Pr. Assistant Ophtalmologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/12/2022

714,70

16/12/2022

194,90

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

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

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



210813100334K.

ORDONNANCE

16 décembre 2022

Bouskoura, le :

CHERIFI TAYEB

LATANO

1 goutte le soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

98013 714,70

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Hicham
Chragui Sahel Oud Hriz
Rappahoua Tél: 07 07 05 12 30

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pt. Assistant MOUHA LOUBNA
Ophtalmologie
0912618110

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot: _____

Exp: _____

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot: _____

Exp: _____

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot: _____

Exp: _____

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot: _____

Exp: _____

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot: _____

Exp: _____

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot: _____

Exp: _____

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot: _____

Exp: _____

P.P.V : 102 DH 10





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



210813100334K.

ORDONNANCE

16 décembre 2022

CHERIFI TAYEB

Bouskoura, le :

83,00
XAILIN WASH

1 lavage x 4/ jour , dans les deux yeux

45,30
CILOXAN COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour
, dans les deux yeux

60,00
CILOXAN POMMADE

1 app le soir , dans les deux yeux

987012 194,30

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Hicham
Chragui Sahel Old Hriz
Berrachia 07 17 05 12 30

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant MOUHS LOUBNA
Ophtalmologie
091261800



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO
406434

CILOXAN® 0,3%

POMMADE OPHTALMIQUE

tube de 3,5 g

Laboratoires Sothema

A.M.M. N° 86/DMP/21/NNP

PPV : 60,00 DHS



Remboursable AMO



6 118001 070855

69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200224242

F A C T U R E

N° 30.586 / 2022 du 16/12/2022

Nom patient : **CHERIFI TAYEB**

Entrée 16/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'ophtalmologie	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	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

