

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 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.



745991

Déclaration de Maladie : N° S19-0002897

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12453 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bennour El Mehdi Date de naissance : 14/06/1984
Adresse : Hay Nassim Res les champs 4 B18 - Casablanca
Tél : 0662 795078 Total des frais engagés : 679,99 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/2022
Nom et prénom du malade : Bennour El Mehdi Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bon état d'urgence
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) :

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'Horloge
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
12/12/22			300.00 DA	
			5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/12/22	199,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/12/22	voir facture	180,00
		SWPF	090.63728

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 19/12/2022.

M^{me} Benmoussa EL meddi

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Assistant Pneumologie
Bouskoura DAHER
091258632

R^x Thorax F

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Assistant Pneumologie
Bouskoura DAHER
091258632

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale

مضاد حيوي



كلاريل[®] 500

كلاريترومييسين

Lot: K2217
Fab: 07/22 Per: 07/25

شالينيكا

عن طريق الفم

قرصا

14

500 mg.
1 comprimé pelliculé.
is contenant 7 g de clarithromycine.
N21/NCF
مختبرات شالينيكا - الدار البيضاء
is GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL[®]
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV: 160,00 DH
6 118000 240341

75x60x20



Exomuc[®]
acetylcysteine 200 mg
30 sachets
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240341

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200224520

F A C T U R E

N° 30 855 / 2022 du 19/12/2022

Nom patient : BENNOUR EL MEHDI

Entrée 19/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 19/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Radiographie du thorax sous une incidenc	1,00	K	180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	180,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			180,00		180,00	0,00

Signature
Service Radiologie Médicale
Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N°: 2212191100212120 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200224520	BENNOUR EL MEHDI	19/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	002859	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : MADIHA

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service de Pharmacie
Médicale



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 10 / 12 / 2022

N° : 0034435

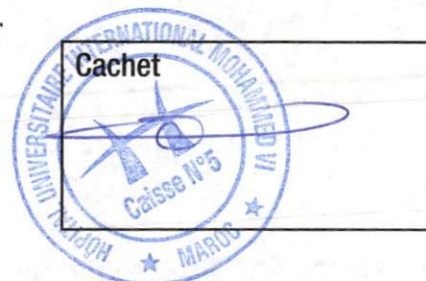
QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : _____

Montant : 300,00 _____

Patient : BENNOUR EL MEHDI _____



Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : www.hm6.ma

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200224498

F A C T U R E

N° 30 829 / 2022 du 19/12/2022

Nom patient : **BENNOUR EL MEHDI**

Entrée 19/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 19/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de pneumologie	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

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00				300,00	0,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

Nom du patient: EL MEHDI BENNOUR
Type d'examen: Radiographie du thorax
Médecin traitant:

Date: 19/12/2022

:

Résultats :

Transparence parenchymateuse normale.

Pas de foyer parenchymateux de type évolutif.

Silhouette cardiomédiastinale normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Signé : DR BENSLIMA

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie
Pr. Assistant BENSLIMA Hajwa
Radiologie
0912331133

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant BENSLIMA Hajwa
Radiologie
0912331133



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 19/12/2022

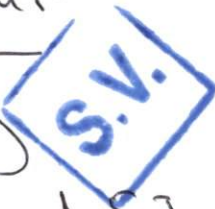
M^r Mehdi BEMOUR

160.00

1) Claril

500 - g

1 cp x 2 J 1 J



39.90

2) Eoo

1 J x 3 J



199.90

PHARMACIE EL KHABNA
BOUCHRA EL ISMAILI
Route Bouskoura 109 km 11
Casablanca

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Président : Assistant Bouchra DAHER
Pharmacien
+212 5 29 06 42

1 1 2 2 0 1 0
1 R 3 E 2
4 F V 3 9 0 H 9 0

39,90



مركز النقدية

SANS CONTACT



19/12/22

10:58:58

9900241200

92412001

HM6 IMAGERIE

Bouskoura

A00000000031010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxxx6881

CARTE NATIONALE

30CDC2236DD9CC06

601-0-9999-1-44

MONTANT: 180,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 293260

STAN : 002859

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT