

## 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.

Nº W21-718736

146448

Optique

Autres

RAM

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	72.97	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : OUADI ABDELKEBIR		
Date de naissance : 17-03-67		
Adresse :		
Tél. : 0661335681 Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Prend des sirops	
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.	


  
 25 JAN 2023

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 : CASA Le : 02/01/23  
 Signature de l'adhérent(e) : 02/01/23

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																						
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																						
	DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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"></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553			B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	<hr/>																					
	D	G																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

9806



221227053939MI

27 décembre 2022

## OUADI ABDELKEBIR

1/ RELAXOL 500 / 2 COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT

2 CP X 2 JOUR PENDANT 05 JOURS

2/ MANEF 300 MG CP

1 CP / J LE SOIR PENDANT 1 MOIS

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr. RAJII AYRAM JAD  
Medecin Urgenciste  
090063728



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél.: +212529091111/+212529092222 Fax: +212529060977/+212529060979 Ⓛ : [www.hm6.ma](http://www.hm6.ma)

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2200225589

N° : **31930 / 2022** du **27/12/2022**

Nom patient	<b>OUADI ABDELKEBIR</b>	Entrée	<b>27/12/2022</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>27/12/2022</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Electrocardiogramme (ECG) à 12 derivatio	1.00		100.00	100.00
		<i>Sous-Total</i>		400.00
<b>Total Clinique</b>				<b>400.00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  QUATRE CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>400.00</b>



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



221227053939MI

OUADI ABDELKEBIR

Admission du : mardi 27 décembre 2022

### Ordonnance

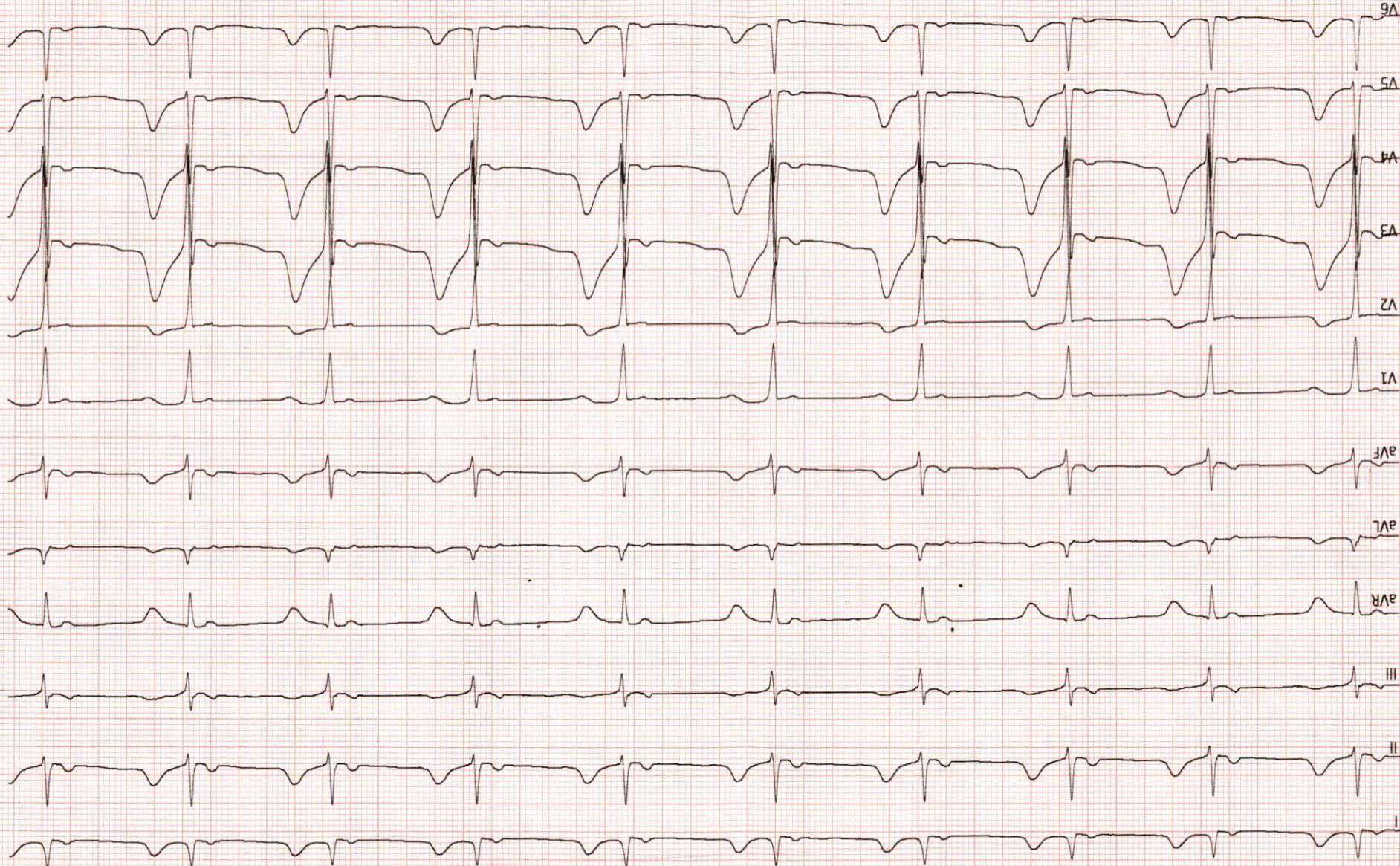
(27/12/2022,27/12/2022) CONSULTATION \_SO\_ [DR. BERTUL AZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
27/12/2022	Consultation exclusive d'urgentiste	1	DR NAJI AKRA
27/12/2022	Electrocardiogramme (ECG) 12 derivations	1	DR NAJI AKRA



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél.:+212529091111/+212529092222 Fax:+212529060977/+212529060979 Ⓛ : www.hm6.ma



27/12/2022 05:47:57



Service : URGENCIE (SO)  
 Nom : OUDAI  
 DN : 17/03/1967 E : 27/12/2022  
 Prénom : ABDELKEBIR  
 Prenom : PAYANT  
 Sexe : M  
 Communautes :  
 Technicien :  
 Dep. :  
 2200225589 / 221227053939MI

