

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0032540

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 812 Société : Rami  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Acteurite  
 Nom & Prénom : Benaboune Mario  
 Date de naissance : 6/18/23  
 Adresse : Duped Sarah Boulhama Gora  
 Tél : 0666 66650 Total des frais engagés : 35000 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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'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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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.

**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
09/12/23	CS		3500H.	

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

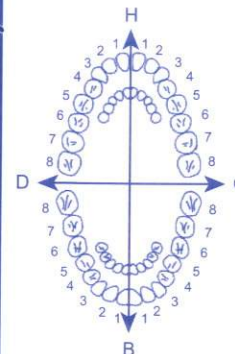
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

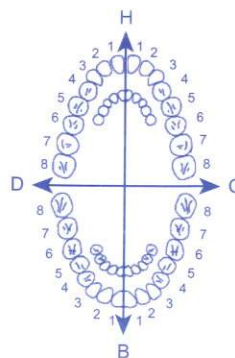
FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT 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

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2302091419530710 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300231870	BENOUHOUD MARIA	09/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	001653	350.00
PAYANT	Total payé	350.00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : K.GHITA

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Exploration Adulte

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300231870

## F A C T U R E

N° 5 687 / 2023 du 09/02/2023

Nom patient : **BENOUHOUD MARIA**

Entrée 09/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation avec electrocardiogramme (E	1.00	K	350.00	350.00
			Sous-Total	350.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>350.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	350.00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS			

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		350.00	350.00	0.00

090063728  
HOPITAL UNIVERSITAIRE  
MOHAMMED VI



.....  
.....  
..... M / F  
Age : .....  
..... cm / ..... kg

FC 82/min

Axes :

P - °

Intervalles

QRS -19 °

RR 728 ms

T 60 °

P - ms

P (II) - mV

PR - ms

S (V1) -1.03 mV

QRS 98 ms

R (V5) 0.99 mV

QT 384 ms

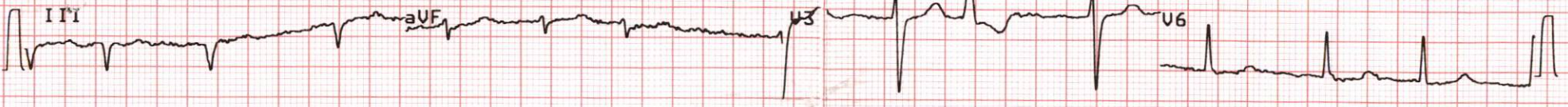
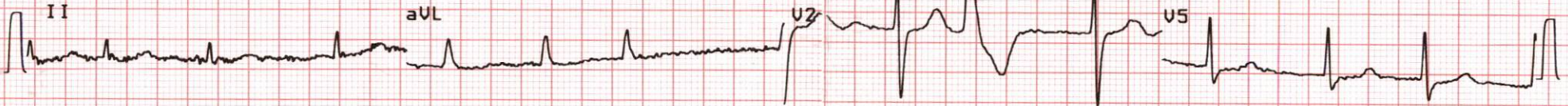
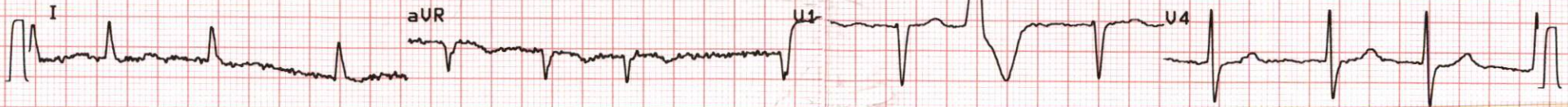
Sokol. 2.43 mV

QTC 452 ms

(Bazett)

10 mm/mV

10 mm/mV



10 mm/mV

25 mm/s

0.05-25 Hz F50

09.02.2023 14:18:24

AT-10plus 2.60 Ms

36.456





مركز النقدیات

SANS CONTACT



09/02/23

14:22:08

9900240889

92408801

HM6 EXPLORATION AD

Bouskoura

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx7566

CARTE NATIONALE

3276CA6A03CB68AA

220-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 006

NUM AUTORISATION: 0E5162

STAN : 001653

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT