

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-504781

150488

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10378 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELGHAZI IMANE
 Date de naissance : 29/09/1978
 Adresse : RESIDENCE AMBARI QUARTIER ALMAZ
 APP DO3 ENNASSIM CASABLANCA
 Tél : 0663471542 Total des frais engagés : 2800 Dhs

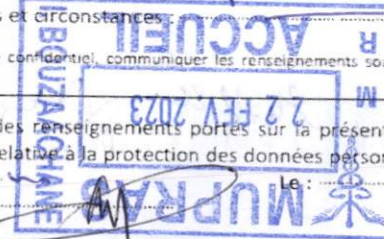
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2022
 Nom et prénom du malade : M. Belghazi Imane
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : vice de réfraction
 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 : Casablanca Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :



[illegible][illegible][illegible]

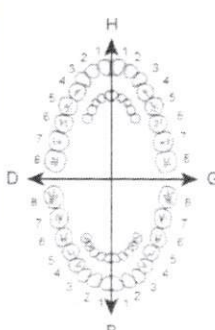
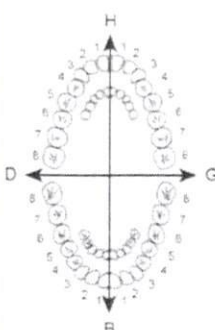
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	24.12.22					LZ OPTICAL OPTICIEN - OPTOMETRISTE Rond Point El Ghaf, Salim, Lot Af Azhar, S1 FB 5, Bât. 1, 4ème A. Casablanca Tél : 05 22 69 11 79 AKI

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200224803

F A C T U R E

N° 31 154 / 2022 du 20/12/2022

Nom patient : BELGHAZI IMANE

Entrée 20/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 20/12/2022

	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





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



220531115339B.

ORDONNANCE

20 décembre 2022

Bouskoura, le :

Mme BELGHAZI IMANE

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 1.25 (- 0.75 à 45°)

OG = - 1.25 (- 1.00 à 55°)

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Zerktouti-Salam, Lot Al Azhar,
S14185, Bât. 1 - Mag 4 - Casablanca
Fix : 05.22.69.11.79

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr. Assistant KHAMMALI Mehdi
Ophtalmologie





LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N° : 02472

Casablanca le : 24.12.22

Mme/Mr : Mme Belghazi IMANE

Dr : H. U. B. Bouchaoud

VL

VP-Add

OD : -1,25(-0,75 à 45°)

OG : -1,25(-1,00 à 55°)

Monture

Cercle plastique

1000 DH

OD :

OG :

Verres

organique Amica

1500 DH

Total à payer : 2500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille -

Cinq - Cent

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar,
S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca
Tél : 05 22 69 11 79

Cachet et signature



مركز التأمين

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

N°: 2212201559151460 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200224803	BELGHAZI IMANE	20/12/20

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4436	300,00
PAYANT	Total payé	300,00

TROIS CENTS DIRHAM

20/12/22 15:56:20
9900240871
92408701
HM6 CONSULTATION AD
Bouskoura

A0000000032010
APP : VISA ELECTRON
MOUSSAID/YOUNES.MR
xxxxxxxxxxxx4056
03/23 CARTE NATIONALE
CODD6176ED694832
626-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 019
NUM AUTORISATION: 0T1887
STAN : 004436

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Reçu établi par : M.OUMAIM

