

COMMANDEMENTS IMPORTANTS 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.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-769902

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7534 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TABRANE MOUNA

Date de naissance : 08/08/1964

Adresse : 30 Rue ALOUKHOUANE Casablanca

Tél : 0662213817 Total des frais engagés : 4898 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 : Co-Aphorie

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 n'ai pas connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 06/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

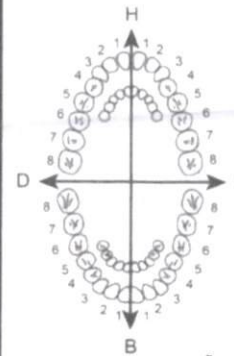
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Ahmed El-Bayoumy Hay Raha Beauséjour Tél: 05 21 94 99 34	03/02/23	198,00

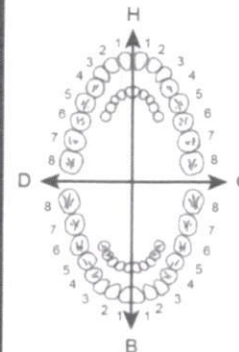
[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
EXTRA OPTIC MME NADA LEBBAR 115 BD GHANDI CASABLANCA INPE: 095011003	2023					440,00

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



210727111027ME

ORDONNANCE

03 février 2023

Bouskoura, le :

Mme JABRANE MOUNA

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 1.25 à 95°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 85°)

VP : ODG = Add : + 2.50

EXTRA OPTIC
MME NADIA LEBBAR
115 BD GHANDI CASABLANCA
INPE: 095011003

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant Mounir Lebbara
Ophtalmologie
091261800



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



210727111027ME

ORDONNANCE

03 février 2023

Bouskoura, le :

Mme JABRANE MOUNA



CATIONORM UNI DOSE

1 goutte 3 fois par jour et au besoin , dans les deux yeux, pendant 3
Mois

198, w

Importateur :
MP MAGHREB
9, avenue MOHAMED BELHASSAN EL OUAZZANI
CENTRE COMMERCIAL DAR ESSALAM (1er étage)
SOUISSI-RABAT

PPC 198,00 DH

Lot :

Fab :

Exp :

HIBA
Med CHAFRY
Rue Banaïsaïe
Beauséjour Casa
05 22 94 99 34

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr. Assistant MOUNA LOUBNA
Ophtalmologie



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

2300231013

F A C T U R E

N° 4.803 / 2023 du 03/02/2023

Nom patient : **JABRANE MOUNA**

Entrée 03/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 03/02/2023

i	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 International Mohammed VI
 Contrôle des patients Admis
 09/02/2023 11:21:11
 82/090360



Facture

Facture N° :
176
Date :
2023-02-23
Client :
JABRANE
MOUNA

SOCIETE EXTRA
OPTIC
115, Bd Ghandi
Tel: 0522 233348 / 0680797471

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+0.50	-1.25	95	+2.50
VLVPG	+0.75	-1.25	85	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROGRESSIF FIRST HCC 1.5	1	1800.00	1800.00
2	PROGRESSIF FIRST HCC 1.5	1	1800.00	1800.00
3	VOGUE VO5276 2736 140 N	1	800.00	800.00

TVA	20%	Total TVA	733.33
Total HT	3666.67	Net à payer	4400.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

Mode de paiement : ESPECE

quatre mille quatre cents Dirhams

SOCIETE EXTRA OPTIC - 115, Bd Ghandi - 0522 233348 / 0680797471 - extraoptic@pubwebo.com
IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC:338153 - TP:35875135- INPE:095011003

EXTRA OPTIC
MME NADA LEBBAR
115 BD GHANDI CASABLANCA
INPE: 095011003

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2302030850200550 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300231013	JABRANE MOUNA	03/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4814	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ESSIWANI

CMI

مركز التفتيش

03/02/23 08:47:46
9900240871
92408701
HM6 CONSULTATION AD
Bouskoura

A0000000031010
APP : VISA
MME. JABRANE MOUNA
xxxxxxxxxxxx9859
10/24 CARTE NATIONALE
48FA0A0803A41432
201-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION: 049652
STAN : 004814

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT