

COMMANDATIONS 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



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 :

JABRANE MOUNA

Date de naissance :

08/08/1964

Adresse :

30 Rue ALOUKHOJANE 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

Enfan

Nature de la maladie :

Co + Biphorite

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Relèvement des Actes
03/02/23	Consultation		300.00	INP : 11245678900000000000 Dr. Ahmed LOUBNA Specialist in Radiology 03/02/23 11245678900000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. Ahmed LOUBNA Hay Raha Beldjedid N°52 Bd Ghandi Casablanca Tél: 05 21 94 99 24	03/02/23	198,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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	2	1	1	1	440,00

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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 LEBAR~~
~~115 BD GHANDI CASABLANCA~~
~~INPE: 095011003~~

Hôpital Universitaire international Mohammed VI
Pr. Assistante Mme NADIA LEBAR
Ophtalmologie
091261800



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



210727111027ME

ORDONNANCE 03 Février 2023

Bouskoura, le :

Mme JABRANE MOUNA

S.V

CATIONORM UNI DOSE

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

198,-

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

PPC 198,00 DH

Lot :

Fab :

Exp :

IBRAHIM CHAFRY
Rue Sanaa
Casablanca
Maroc
0522 9499 24

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Assistant Mohammed LOUBNA
Ophtalmologie

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
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

090063728
Hôpital International Mohammed VI
Casablanca - Maroc
Gouvernement Marocain
Ministère de la Santé



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 présente 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

CASABLANCA

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

مصرف التقديمات

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