

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 Alial 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



Déclaration de Maladie

N° W21-762548

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HACIAMI - Fatima

1953

Date de naissance :

Adresse :

Résidence DMRANE N° 05 AV des Fleurs
EXT ST des Hopitaux CASA
0661171825 Total des frais engagés : 461,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
Pr Abdelharnid NAITI MO
Médecine Interne
INPE 101107068

Date de consultation : 13/07/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Thyroïdie

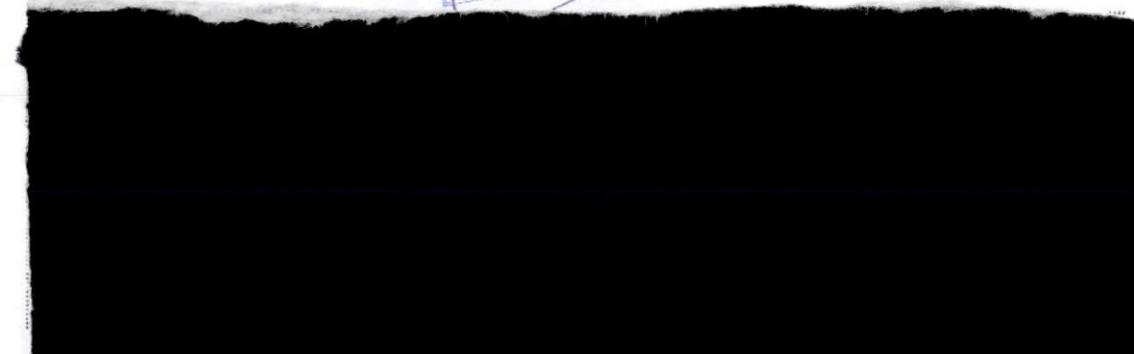
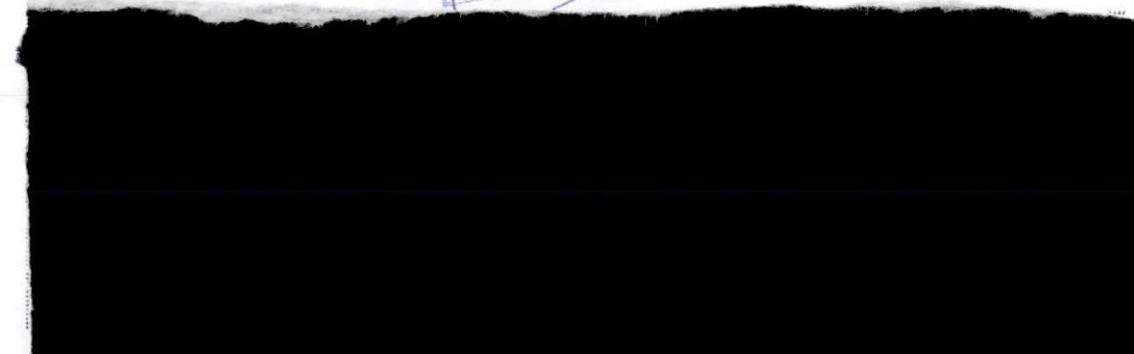
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 30/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cabinet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE HAY RAJA Michael ABBOUTIKA pharmacie Anoual mitage ss 24	16/08/2023	6 pt. Abdellatif ALAO Professeur de Médecine Interne Hôpital Cheikh Khalifa ENCP-1211002

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

W21-762548

RELEVE 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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

W21-762548

2300253529

F A C T U R E

N° 27 790 / 2023 du 13/07/2023

Nom patient : HACHIMI FATIMA

Entrée 13/07/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/07/2023

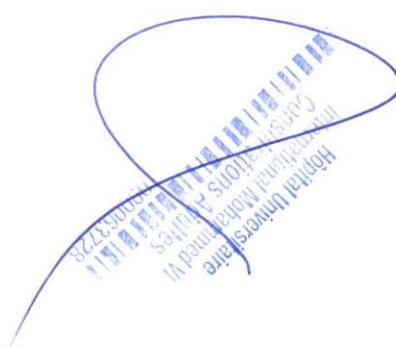
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de medecin interne	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

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



Id : _____

Indéfini --- (--) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

13/07/2023 10:02:45

W21-762548

FC: 88 bpm

PR: 134 ms

QRS: 86 ms

QT/QTcH: 354/403 ms

QTcB: 429 ms

QTcF: 402 ms

R_{v5-6}/S_{v1} : 1.71/0.74 mV

Sok-Lyon : 2.45 mV

Axe: 52/25/27 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

2300230857 / 210325100205N

Prénom : FATIMA

Nom : HACHIMI

DDN : 06/06/1953 E: 13/07/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT

Sexe: F

Pr Abd... 13 med VI
MC... 107
Type 107



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIIM6

Date : 13/07/23

N° : 0052040

W21-762/548

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : 6300853570 Montant : # 100 #

Patient : MACHIKI FATIMA



DIMAZOL® 10 mg
Carbimazole

50 Comprimés

Voie orale

w21-762548



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

iversité Paris V
iversité de NICE SO
Communication et de

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

cal (Paris X)
cin Agrée Auprès des Nations Unies
en cancérologie (Villejuif-IGR)
qué en Médecine Navale (Toulon Naval)
bre de la société Africaine de pathologie
tieuse (SAPI)

TLHO

Pr. Abu-

Professeur de Médecine Interne

Hôpital Cheikh Khalifa

INPE: 101107068

A'S

ORDONNANCE

6,80 x 2 lue - HACHINI FATIMA
LEVOTHYROX 25 µg

①

Acq/j le matin
48,00

MARIE MACIE HAY RAJÀ
Ficham ABOUTIKA
Docteur en pharmacie
125 Bis, Av Des Plaïades Bd Anoual
Hay Raja L'Hermitage
Casablanca - Tel: 05 22 86 35 25

②

Dimazol 10 mg

Acq/j le matin

A'S

T = 61,60

Pr. Abdelhamid NAITLHO
Professeur de Médecine Interne
Hôpital Cheikh Khalifa

Adresse : Route P3011- Bouskoura, Casablanca Maroc - INPE : 090063728 / 090127291 CNSS : 9779309
Tél.: +212 529 091 111 / +212 529 092 222 - Fax : +212 529 060 977 / +212 529 060 979 - web : www.h6m.ma



W21 - 762548

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 13/07/23

Dr me Fotima Hachimi

ECG

Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
Pr Abdellahid NAITI HO
Medecine Interne
INPE 101107068