

# 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.



A 86259

## Déclaration de Maladie : N° S19-0050013

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9423

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUAL BEN Abdellah

Date de naissance : 09/04/67

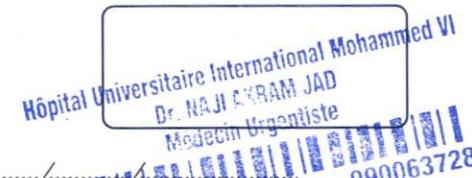
Adresse :

Tél. : 066.1187489

Total des frais engagés : 740.81 Dhs

#### 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 :

SL bronchique

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 : Essa

Le : 11/12/23

Signature de l'adhérent(e) : Ne le

## 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](http://www.mupras.com)

## 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 Paiement des Actes
09/12/2023	ANESTHÉSIE	1	568,41	Dr. HABIBA AYRAK - Médecin d'Urgence 090063728

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Centre Commercial Bouskoura S.N. 9, Bouskoura - Casablanca Tel: 0522 59 07 09 I.P.E: 092079849	09/12/23	372,45

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' points to the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right of the arch.

### **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

220829 RESPECTER LES DOSES PRESC  
PPV: 222,00 DH  
LOT: 652150  
PER: 05/25

15424

09 décembre 2023

**Mme EL MEZIANI LAILA**

1/ AUGMENTIN 1 G SACHET

1 sachet x 3/j pendant 8 jours



2/ DOCIVOX SIROP

1 c.a.s 3/j



3/ COTIPRED 20 MG COMPRIME SECABLE EFFERVESCENT

3 cp /j le matin pendant 03 jours



4/ VITAMINE C

1cp x 2 /jour pendant 10 jours



5/ SAFLU 250 / 25 µG / µG SUSPENSION POUR INHALATION

2 bouffée matin 1 bouffée le soir pendant 01 mois

6/ ANDOL 1 G COMPRIME EFFERVESCENT

1 cp x 3 / j si fièvre



STEPHARMACIE GOLF  
Centre Commercial Bouskoura G.  
RDC N°9-Bouskoura - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09  
INPE: 092079649

**Vita C 1000®**

PPV: 26DH90 EXP: 08/2026  
LOT: 3603716



EXP  
LOT N°:

14150



090063728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
HUIM6

Date : 09/12/2002

N° : 0066757

## QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

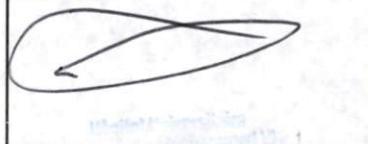
N° d'admission :

Montant :

368,41

Patient : BL MOZIANI AILA

Cachet



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

09/12/2023  
14:54

Nom Patient :	EL MEZIANI LAILA	Numéro dossier :	2300280794	
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.
09/12/2023	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS	0	1,00	3.77
09/12/2023	MASQUE NEBULISEUR ADULTE	0	1,00	12.30
09/12/2023	SERINGUE 10ML	0	1,00	0.94
09/12/2023	INTRANULE G 20	0	1,00	1.69
09/12/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17
09/12/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44
09/12/2023	CHLORURE DE SODIUM 0,250 INJECTA (01)	172553	1,00	13.10
09/12/2023	METHYLPREDNISOLONE 12 120MG INJECTA ((1)	172553	1,00	35.00
<b>Total pharmacie</b>				<b>68.41</b>



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2300280794

N° : 55520 / 2023 du 09/12/2023

Nom patient	<b>EL MEZIANI LAILA</b>	Entrée	09/12/2023
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	09/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	300.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		68.41	68.41
<b>Total Clinique</b>				<b>368.41</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS QUARANTE ET UN CENTIMES	<b>Total</b>	<b>368.41</b>

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Centre des Urgences P