

# 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 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)

N° P19- 0041447

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1114 Société : RAM 191572

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KHALILI Naima Vve OUGABRAI

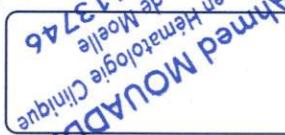
Date de naissance : 16/08/1960

Adresse : Rue 24 n° 15 MISSINI HAY TIASSANI CASABLANCA

Tél. : 06 70 69 59 55 Total des frais engagés : 425,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/07/2014

Nom et prénom du malade : KHALILI Naima Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : anémie Hépatolésion

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/01/2014

## 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
09/03/2016	CS		200000	
			39000	
			3746	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
09/10/2024 Pharmacie Hay El Hassani	09/10/2024	125,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. Arrows point from circle 1 to circle 2, then to circle 3, and so on, forming a path that loops back to circle 1. The path is as follows: (1,1) to (2,1), (2,1) to (3,1), (3,1) to (4,1), (4,1) to (5,1), (5,1) to (6,1), (6,1) to (7,1), (7,1) to (8,1), (8,1) to (1,2), (1,2) to (2,2), (2,2) to (3,2), (3,2) to (4,2), (4,2) to (5,2), (5,2) to (6,2), (6,2) to (7,2), (7,2) to (8,2), (8,2) to (1,3), (1,3) to (2,3), (2,3) to (3,3), (3,3) to (4,3), (4,3) to (5,3), (5,3) to (6,3), (6,3) to (7,3), (7,3) to (8,3), (8,3) to (1,4), (1,4) to (2,4), (2,4) to (3,4), (3,4) to (4,4), (4,4) to (5,4), (5,4) to (6,4), (6,4) to (7,4), (7,4) to (8,4), (8,4) to (1,5), (1,5) to (2,5), (2,5) to (3,5), (3,5) to (4,5), (4,5) to (5,5), (5,5) to (6,5), (6,5) to (7,5), (7,5) to (8,5), (8,5) to (1,6), (1,6) to (2,6), (2,6) to (3,6), (3,6) to (4,6), (4,6) to (5,6), (5,6) to (6,6), (6,6) to (7,6), (7,6) to (8,6), (8,6) to (1,7), (1,7) to (2,7), (2,7) to (3,7), (3,7) to (4,7), (4,7) to (5,7), (5,7) to (6,7), (6,7) to (7,7), (7,7) to (8,7), (8,7) to (1,8), (1,8) to (2,8), (2,8) to (3,8), (3,8) to (4,8), (4,8) to (5,8), (5,8) to (6,8), (6,8) to (7,8), (7,8) to (8,8), (8,8) to (1,1).

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission : 2400287091

Montant : 300,00 dh.

Patient : Khalibi Naima

Cachet

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Oncologie  
090063728

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 09/10/2024

Elle Khatib Naima. ep ougabra

18,50  
Hydroxy  
15 ml Tous les 2 mois



14,00  
Dolipron 1g  
14x1



12,80  
Rezol 250 mg x 10



INPE 091113746  
Spécialiste en Médecine Clinique  
Spécialiste en Hématologie Clinique  
Dr. Ahmed MOUADDIB

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2400287091

N° : **1696 / 2024** du **09/01/2024**

Nom patient	<b>KHALILI NAIMA</b>	Entrée	<b>09/01/2024</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>09/01/2024</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation d'hematologie	1.00	K	300.00	<b>300.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>300.00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS		

