

# 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.

N° M21- 042495

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 3351

Société : RAA

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALAL Abd el. habib

Date de naissance : 01/10/1960

Adresse : Boucheulouf, 24e 59 n°59 Casab / MAROC

Tél. : 068158914

Total des frais engagés : 50.483,46 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/10/60

Nom et prénom du malade : Jalal Abd el. habib Age : 60

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : 12/04/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MADANI DISPENSERIA chentouf RUE 6222812</i>	12-4-81	23400 1

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <b>FIN D'EXECUTION</b>  <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>																
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
00000000	35533411	00000000	11433553																	



Bouskoura, le : 12/04/2021

Mr Yacine AbdelRakim,

1) Daktauin gel buccal

1000 x 2 j rdt 10j

234.00

2) Resolva spray buccal

0200 pulv x 2 j rdt 10j

S.V

234.00



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

N° : 1569 / 2021 du 12/04/2021

Nom patient	JALAL ABDELHAKIM	Entrée	12/04/2021
	PAYANTS	Sortie	12/04/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation ORL	1,00	K	300,00	300,00
Nasofibroscopie	1,00	K	600,00	600,00
<i>Sous-Total</i>				900,00
<b>Total Clinique</b>				<b>900,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>900,00</b>
NEUF CENTS DIRHAMS		



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2104121335269520 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100176773	JALAL ABDELHAKIM	12/04/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2882687/BMCI Lui-même	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : O.NAOUAL

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
INPE  
090063728

COMPTE RENDU DE LA NASOFIBROSCOPIE

Bouskoura, le : 12/04/2021

Mme / Mr (Nom et prénom) : JALAL ABDELHAKIM

Anesthésie locale par méchage à la xylocaïne à la naphtazoline 5° /

La pénétration du nasofibroscope note :

La muqueuse des fosses nasales : ASPECT NORMAL

Les méats moyens, les cornets : LEGERE DEVIATION SEPTALE DROITE

Le cavum : LIBRE

Les orifices de la trompe d'eustache : LIBRE

Les amygdales : NORMALES

L'examen endoscopique du larynx et du pharynx montre :

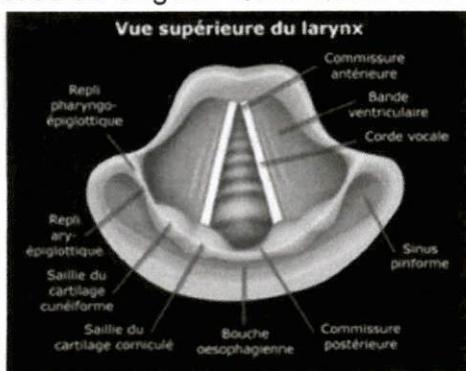
La muqueuse pharyngée : INFLAMMATION MODEREE DE LA MUQUEUSE  
OROPHARYNGEE

L'aspect du larynx : NORMAL

La mobilité des deux cordes vocales : CONSERVÉE

Les sinus piriformes, la bouche de l'œsophage :

La base de langue : QUELQUES DÉPOTS MYCOSIQUES



Conclusion : NASOFIBROSCOPIE EN FAVEUR D'UNE PHARYNGITE ( OROPHARYNX ) +  
MYCOSES AU NIVEAU DE LA BASE DE LANGUE.

Signature et cachet du médecin :

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2104121300339520 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100176773	JALAL ABDELHAKIM	12/04/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2882704/BMCI Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : O.NAOUAL

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
INPE

090083728