

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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



## Declaracion de Maladie

Nº M21- 073010

82617 ~~5257~~

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02647 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RHAAEF - EL YASTATA

Date de naissance :

03/11/1957

Adresse :

303 Bd. GOMA 10209

RIVIERA 10000 MAROC

Tél. : 0661189351 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/2021

Nom et prénom du malade : ISANSOURA SOUAD

Age : 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Poste covid

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 : Boukhoura 2021 Le : 27/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Dep 02/08/2021

Autorisation CNDP N° : AA-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 Paiement des Actes
27/08/2017	Cs poste	COVAD	300.00 DH	Médecin Universitaire International Mohammed VI Dr. HASSAN AZIZ Médecin Chirurgien Spécialiste en Urologie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LA PAIX Dr. Rachid BOUFRAD Rue Chorcha - El Jadida Tel : 05 23 35 33 72	27/08/2021	376.00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### 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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

وصفة طبية  
ORDONNANCE

Bouskoura, le :

27/08/2021

♂ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺

2100183845 / 210815175814M.

Prénom : SOUAD

Nom : IMANSOURA

DDN : 29/08/1960 E: 15/08/2021

Service : USI (3302)

PAYANT  
Sexe: F

120.00

1) Zinc 45 mg

S.N.

Pharmacie LAPARAY  
Dr. Rachid BOUFRA  
Rue Chercheur El Jadida 35  
N° 20

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21D27  
EXP: 04/2024

12.60

1 g x 2 / 5 ml / 15

2) Vitamine D 100.00

S.V.

107.40 1 prise / Jour PT 02/21

Pharmacie  
Dr. Rachid BOUFRA

MB757 0123  
LOT PER  
Prix 99.00

3) Nasacort 135.00

Sarofy-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Alm sebaâ Casablanca  
Nasacort 55 µg spray b/10  
P.P.V : 107,40

6118001 080815

S.V.

98.00 2f / J C

4) Magmine 300.00

376.00

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc

Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 [www.hm6.ma](http://www.hm6.ma)

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100185191

F A C T U R E

N° 10 064 / 2021 du 27/08/2021

Nom patient : IMANSOURA SOUAD

Entrée 27/08/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 27/08/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

	Chèque			Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00			300,00	0,00

Ref Chq : 3694230/CIH BNAK/

