

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 062171

8 3754

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7122 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALZENNOURI Ahmed

Date de naissance : 20/12/1955

Adresse : Bouskoura golf City ville verte

In : 32 APT 6

Tél. : 0669774633 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. KHAMAILY Mehdi  
Ophtalmologiste  
Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI - Bouskoura

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benatlabou Mina Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
24/10/21	Hôpital Universitaire International Mohammed VI		3000 Ph.	Pr. KHAMAILY Mehdi Ophtalmologiste Hôpital Universitaire International Mohammed VI - Bouskoura

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
opticien.1 Ang. Bd Ghazi & Omar El Khayoui Casablanca - Tel: 05.22.05.15.23 R.C: 291634 - Pat: 34811000 ICE: 001628169000033	24/10/21					6000 Ph.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



210824133645K.

**ORDONNANCE**

24 août 2021

Bouskoura, le : **Mme BENATTABOU MINA**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = (- 1.50 à 60°)

OG = + 0.75 (- 0.50 à 0°)

VP : ODG = Add : + 3.00

opticien.1  
Ang. Bd Ghandi & Omar El Khayam  
Casablanca - Tél / Fax: 05.22.95.15.23  
R.C: 298634 - Pat: 34821600  
ICE: 001628169000031

**Dr. KHAMAILY Mehdi**  
Ophtalmologiste  
Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI - Bouskoura



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



210824133645K.

ORDONNANCE

24 août 2021

Bouskoura, le :

**Mme BENATTABOU MINA**

**XILOIAL**

1 goutte x 4/ jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Pr. KHAMAILY Mehdi  
Ophtalmologiste  
Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI - Bouskoura

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100184821

## F A C T U R E

N° 9 679 / 2021 du 24/08/2021

Nom patient : BENATTABOU MINA

Entrée 24/08/2021.

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 24/08/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'ophtalmologie	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

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

Ref Chq : 529803/





HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2108241347100170 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100184821	BENATTABOU MINA	24/08/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	529803 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : O.NAOUAL

OPTIC N°1  
ANGLE BLD GHANDI ET OMAR  
EL KHAYAM 286 BEAUSEJOUR  
TEL 0522951523  
LE 07/09/21

MME BENATTABOU MINA

FACTURE 122/21

MONTURE	700.00DH
VERRE ORGANIQUE PROGRESSIFAR	2650.00DH
VERRE ORGANIQUE PROGRESSIFAR	2650.00DH
TOTAL	6000.00DH
TVA	1000.00DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE SIX MILLE  
DIRHAMS

opticon.1  
Ang. Bd Ghani & Omar El Khayam  
Casablanca - Tel/Fax: 0522.95.15.23  
R.C. 298634 - Pat: 34821600  
ICE: 001628169000031

*payé par cheque*