

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-652854

8.7545

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2344 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELOUADI Abdelrahman

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 06 77 27 Total des frais engagés : 250 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Morjana,
6ème Etage, App. N° 4 - Casablanca
Tél. : 05 22 46 41 40 - 05 22 00 30 34

Date de consultation : 13/09/2021

Nom et prénom du malade : Abdelrahman

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : 26/10/2021

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
13/09/2011		1	2,00	INP : 0711111111

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition

293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Morjana,
2ème Etage, Appt. N° 4 - Casablanca
Tél: 05 22 86 41 90 - 05 22 86 20 34

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
	27.09.2011		300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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 de l'ODF.

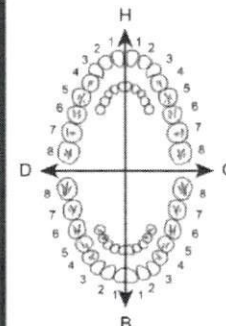
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : 00000000



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

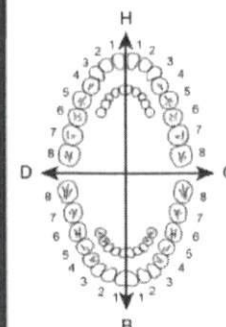
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2100187551

N° : 12451 / 2021 du 27/09/2021

Nom patient	BELOUADI ABDERRAHIM	Entrée	27/09/2021
	PAYANTS	Sortie	27/09/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Thyreostimuline (TSH 3G)	1.00	B0250	300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycemique

Casablanca le, 13/09/2021

Mr BELOUADI Abderrahim

TSH us

Hôpital Universitaire
Interne
Centre de Diagnostic
06 63 72 8

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2ème Etage, Appt N° 4 - Casablanca
Tél : 05 22 60 41 90 - 05 22 60 30 34

Identifiant du patient : 21J0002915

Date de naissance : 19/03/1954

Sexe : M

Date de l'examen : 27/09/2021

Prélevé le : 27/09/2021 à 10:43

Edité le : 27/09/2021 à 17:51

BELOUADI ABDERRAHIM

Dossier N° : 21095693

Docteur DR. MEDECIN EXTERNE NULL



HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s.

:

0.721 μ UI/mL

0.27 - 4.20

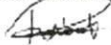
(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)

Le 27/09/2021 à 17:51

Signature

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK
Pharmacien Biologiste
Laboratoire National de Référence



Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2109271052581420 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100187551	BELOUADI ABDERRAHIM	27/09/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	363	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : Y.LAMIYA





مركز النقديات

27/09/21

09:19:08

9900240830

92408303

HM6 BAF CENTRALE

BOUSKOURA

Bouskoura

A0000000031010

APP : VISA CLASSIC

BELOUADI /ABDE.MR

*****7684

11/23 CARTE NATIONALE

D2D910B913166C71

606-0-9999-1-44

MONTANT:

300.00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION : 0Y1761

STAN : 000363

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT