

## 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

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-658996

31928



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 11533

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASR MOUNA

Date de naissance : 12/02/79

Adresse :

Tél. : 0600673793

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2022

Nom et prénom du malade : TAFROUTE AYA

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : attaque de perte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

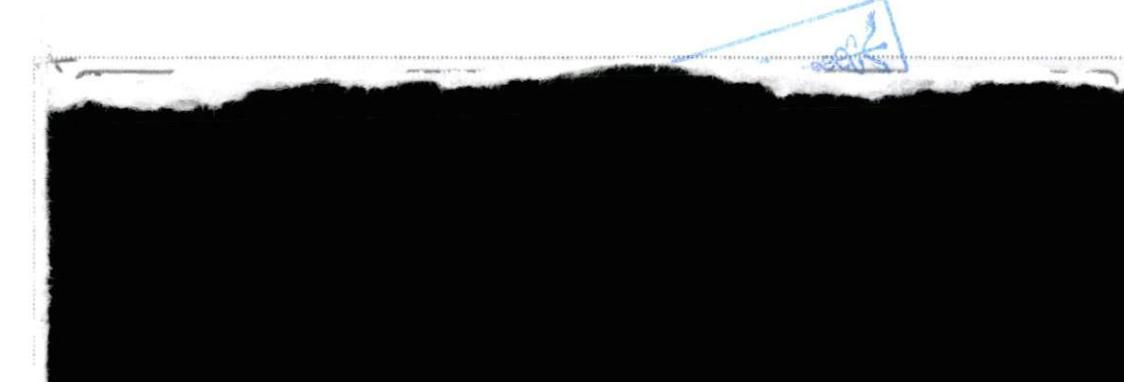
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

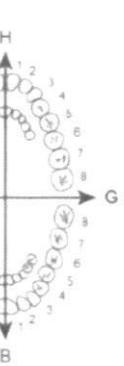
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession											
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
<b>DATE DU DEVIS</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>									

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

15/10/2021  
14:54

Nom Patient : TAFROUTE AYA

Numéro dossier : 2100188771

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
15/10/2021	MIDAZOLAM AGUETTANT 5 MG 5MG INJECTA (10)	0	1,00	7.87	7.87
15/10/2021	INTRANULE G 20	0	1,00	2.37	2.37
15/10/2021	SERINGUE 10ML	0	1,00	0.84	0.84
15/10/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
15/10/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17	1.17
15/10/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	6.41	6.41
15/10/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17	1.17
15/10/2021	INTRANULE G 22	0	1,00	2.37	2.37
15/10/2021	SPARADRAP TEGADERM 3M 6X7CM	0	1,00	4.11	4.11
15/10/2021	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS (1)	39356	1,00	3.77	3.77
					<b>Total pharmacie 30.52</b>

Hôpital Universitaire  
International Mohammad VI  
Service des Urgences P  
090063729

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## FACTURE

2100188771

N° : 13699 / 2021 du 15/10/2021

Nom patient	TAFROUTE AYA	Entrée	15/10/2021
	PAYANTS	Sortie	15/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>300.00</i>
PHARMACIE	1.00		30.52	30.52
<b>Total Clinique</b>				<b>330.52</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENT TREnte DIRHAMS CINQUANTE-DEUX CENTIMES

**Total** **330.52**





210930220608BE

15 octobre 2021

**Mme TAFROUTE AYA**

**ORDONNANCE**

**1/ OXYMAG**

1 cp / jr

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr KHALQUI Amine  
Médecin Urgentiste  
090063728

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)



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 [www.hm6.ma](http://www.hm6.ma)