

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 | : 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-653360

92519

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01739	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELOUAROU, NADIA			
Date de naissance : 15/01/15			
Adresse : 7, Allée des Neuf Bras Firdaus Béjaïa			
Tél. : 061098663 Total des frais engagés : 925,10 DH			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à :	Le :
Signature de l'adhérent(e) :	

[Handwritten signatures and stamps, including 'Nahima Ben Chaker', 'MIRAF', 'UEIL', '2021', and a date stamp '17/11/2021' over a signature.]

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
18/10/21	CS		300.000H	INP : 

PHARMACIE LEKBIRA		EXECUTION DES ORDONNANCES
Cachet du Pharmacien		
13, Allée des Mimosas - Ain Sebaâ Où du Fourneau Sidi Tél : 05 22 34 37 40 - Casablanca	Date ICE 001744472000031	Montant de la Facture
	17-10-2021	227.10
الطباعة للكبيرة		398.00
PHARMACIE LEKBIRA		
13, Allée des Mimosas - Ain. Sebaâ Tél : 05 22 34 37 40 - Casablanca		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED V

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

18/10/2022

Nachmadi Ghita

398.00

1) Triclocortez

فندقية
PHARMACIE ILEKBIRA
13, Allée des Mimosas - Ain Sébaâ
05 22 34 37 40 - Casablanca
ICE 00174472000031

en 5x100



2) Glucophage 1000
1 gpa 2/5 pat 300

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH

3) Tequim
1 Appa 2/5 pat 380

LOT: 210155
PER: 02~2023
PPV: 70,00DH



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

18/10/2024

Nachmachi Ghita

PPV: 56,30 DH
LOT: 21A11D
EXP: 01/2023

1) S6,30 x 2 D une 21000 (S.P.)

PPV: 56,30 DH
LOT: 21H24D
EXP: 08/2023

1 Amp/ 15 jours pat 2 nos

69,00

2) Biofan 9

1cp/15 le matin



3) 45,50 Duphalac . syrup

1cc à sa 3/5

227,10





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 18/10/2014

N° : 0010480

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : 210 826 161 942 T

N° d'admission : 210018 8901

Montant : 4300 Dhs

Patient : MACHMACHI G HITA



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

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100188901

F A C T U R E

N° 13 832 / 2021 du 18/10/2021

Nom patient : MACHMACHI GHITA

Entrée 18/10/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/10/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
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

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

