

**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**

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-653362

92518

Maladie       Dentaire       Optique       A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02739      Société : RATM

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : ELOURADOU A.      A.      A.

Date de naissance : 15/11/57

Adresse : 7, Allée des Neflins Firdaous  
A. Lebas      A.      A.

Tél. : 0661097623      Total des frais engagés : 2219,50 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :      Age :      M      F

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :      ACCIDENT

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 : 17/11/21

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
18/10/2021	C.S.		30900 DH	INP : <input type="text"/> 

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18-10-2021	1919.50

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

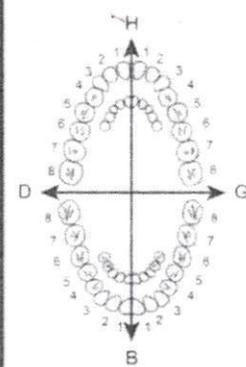
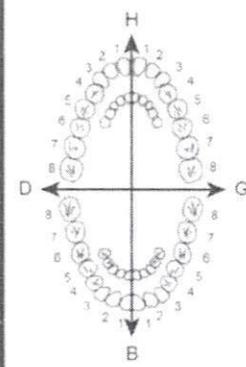
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	INP : <input type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	00000000	21433552	00000000																				
	00000000	00000000	00000000	00000000																				
	00000000	35533411	00000000	11433553																				
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



**ORDONNANCE**



Bouskoura, le :



2100188900 / 210820115441K.

Prénom : MOHAMMED

Nom : EL OURAOU

DDN : 15/01/1957 E: 18/10/2021

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT

Sexe: M

صيدلية  
PHARMACIE L'EKHIRA  
3, Allée des Mimosas - Ain Sebba  
Tél : 05 22 34 37 40 - Casablanca  
ICE 001744472000031

390,00 x 2

1) Galvus Met 50 / 1000

563,00 x 2 1 cp a 215 < Nalm

2) Formiga 10

13,50 1 cp 15 le matin

3) Vaxlene offranal (1 de 3)

19/10/2022

Maphar  
Bd. Alkhalifa N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
For d'iga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 563,00 DH



Maphar  
Bd. Alkhalifa N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
For d'iga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 563,00 DH



صيدلية  
PHARMACIE L'EKHIRA

3, Allée des Mimosas  
Tél : 05 22 34 37 40 - Casablanca  
ICE 001744472000031

LOT: 201571  
PER: 10-2022  
PPC: 13,50DH



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 18/10/2021

N° : 0010479

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : 210820115 441K

N° d'admission : 210018 8900

Montant : 4300D14

Patient : EL OURAOUI MOHAMMED

Cachet



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

2100188900

**F A C T U R E**

N° **13 831 / 2021** du **18/10/2021**

Nom patient : **EL OURAOUI MOHAMMED**

Entrée **18/10/2021**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **18/10/2021**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation d'endocrinologie	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	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>

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