

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSÉMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Education :

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10079 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FATIHA EZZABDI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.26.66.54.89

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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

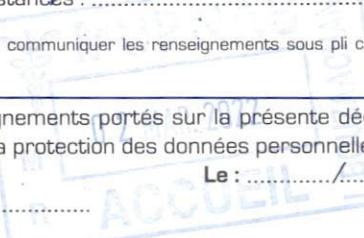
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / .....



### 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
82 HOUGU CONSULTATION Hôpital Universitaire Mohamed VI Hôpital Universitaire	111		300 DH	Hôpital Universitaire International TAHNOUN Professeur Assistant TAHNOUN 010-AHMAD-LARYNGOLOGIE 091184325

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ISIB 143 Lot Wafid El. 05 22 53 31 71 - Berrechid -	09/02/2022	529,60 DH

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

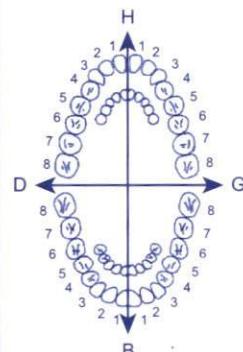
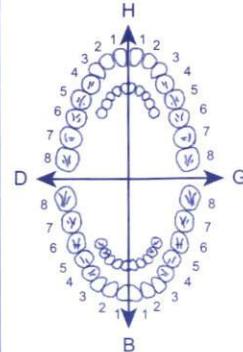
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>												
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
				<b>DATE DU DEVIS</b>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



2200197413 / 220204203328BA

Prénom : FATHIA

Nom : EZZABDI

DDN : 01/01/1965 E: 07/02/2022

PAYANT  
Sexe: F

Service : CONSULTATION ADULTE / COV

## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

07/02/22

S.V.

NMM N°: 394/17DMP/21/NRQ  
N° Lot:  
Fab:  
Per:

1TM218

04/2021

P.P.V. 282.0 MAD(Dhs)

04/2024

NASONEX® 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 131.70DH

Distribué par MSD Maroc

6 118001 150199

LOT : 9443  
UT. AV : 05-24  
P.P.V : 36 DH 40

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Président Assistant TAHIRI Ilias  
070-RHINO-LARYNGOLOGIE  
0529 533 223

S.V.

0529 533 223

Pharmacie  
Tél: 0529 533 223  
Fax: 0529 533 223  
Date: 05/02/2022  
Signature: S.V.



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200197413

## F A C T U R E

N° 3 531 / 2022 du 07/02/2022

Nom patient : **EZZABDI FATIHA**

Entrée 07/02/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/02/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation ORL	1,00 K		300,00 Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

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





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date 07/02/22

N° : 0016175

## QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission : 8200177443

Montant : 3000 Dh

Patient : EZZABDI Faikha

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