

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

- 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.

N° W21-681920

10986

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0586		Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Retraité	
Nom & Prénom : Zerrouk Mohammed			
Date de naissance : 1937			
Adresse : 31, rue 16 Hay Inara 1. Casablanca			
Tél. : 0700 18 88 11		Total des frais engagés : # 300,00 Dhs # Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Hôpital Universitaire International Mohammed VI	
Pr. Assistant KHAMALY Mehdi	
Ophtalmologie	
031266718	
Date de consultation : 17-03-2022	
Nom et prénom du malade : Bouziane Sfia	
Age: 82	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Cataracte	
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 et attention au médecin conseil de la Mutuelle.	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à : Casablanca	
Signature de l'adhérent(e) : Bouza	
R ACCUEILL 03/03/2022	

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						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES																			
					DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
					<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		00000000	B		35533411	B		11433553
					H	25533412	21433552																
					D	00000000	00000000																
D		00000000																					
B		35533411																					
B		11433553																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																							



COMPTE RENDU D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE ORDONNANCE

Identité: Mme Bouziane Sfia

Bouskoura, le :
AGE : 75 ANS

ATCD : HTA

AV ac 1/10 OD 6/10 OG

Annexes: RAS

Segment antérieur:

Cornée claire c claire

BCA BCA

Cataracte sous caps post Cataracte nuc débutante

PIO : 16 mmhg 16 mmhg

FO:

Papille :excavation 4/10

Macula : normale

Arbre vasculaire et rétine périphérique: RAS

CONCLUSION : CATARACTE SOUS CAPSULAIRE OEIL DROIT ++

Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Pr. Assistant KHAMAILY Mehdi

Ophthalmologie

091266719



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 17/3/2022

N° : 0018420

QUITTANCE - PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission : 2200200286

Montant : 300 DM

Patient : BOURZIAINE SFIA

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

2200200286

F A C T U R E

N° 6 440 / 2022 du 17/03/2022

Nom patient : BOUZIANE SFIA

Entrée 17/03/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 17/03/2022

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

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

