

## 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.

**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.



## Déclaration de Maladie

N° W21-728697  
429902

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricle : 8224 / Société : 8224 RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : Chelih Mohamed		
Date de naissance : 30/06/1967		
Adresse : 76 LIGNE PARIS EN SABER Bouachir		
Tél. : 061223567 Total des frais engagés : 593		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : (Stamp: Centre International Medina VI, Dr. Assistant ARRAB RAJA, Pédiatrie)		
Date de consultation : 17/09/2022		
Nom et prénom du malade : Chelih Jady		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : (Signature)		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : (Signature)		
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 : Salé

Le : 16/09/22

Signature de l'adhérent(e) :



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 Honoraires
11/01/2024	CNP	51	3.00	INP : 01314113311 
				 031211

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Dr. H.H. Dr. H.H. Saneil Saneil 0373 54 07 49 Berrechid Berrechid</i>	<u>15</u> <u>09</u> <u>2021</u>	<u>293,00</u>

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

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



2209151003590.

PPV: 79DH70  
PER: 06/25  
LOT: L2207

15 septembre 2022

CHAID CHADY

79,70

1/ AZIX cp 500

1cp/j, 3 jours

10,30

2/ DOLIPRANE 500 mg cp

1cpx3/j si fièvre

94,00

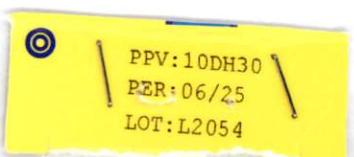
3/ SUPRADYN BOOST

1 cp effervescent par jour

109,00

4/ PHYSIOMER pulvérisation nasale isotonique

1pulverisation x3/j



09063728

031213528  
Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Hassan II Casablanca  
Bâtiment 14 - 1er étage

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél. : +212529091111 / +212529092222 Fax : +212529060977 / +212529060979 © : www.hm6.ma



PPC: 94.00DH  
LOT: CB03543  
EXP: 10/2024

**Supradyn®**

240600121903



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 16/09/2022  
N° : 0026339

## QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : \_\_\_\_\_

N° d'admission : \_\_\_\_\_

Montant : ₦ 300,00 ₦

Patient : CIBAIDI CIBAIDI

Cachet

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2200214679

N° : **21031 / 2022** du **15/09/2022**

Nom patient	<b>CHAHID CHADY</b>	Entrée	<b>15/09/2022</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>15/09/2022</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation de pediatrie	1.00		300.00	300.00
<b>Total Clinique</b>				<b>300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>300.00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS		