

## 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

- Reclamation : 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° W21-777973

145460



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9065 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JELLOUL Mohamed

Date de naissance : 22/12/91 1965

Adresse : N°46 Rue des Sultans oasis casa

Tél. : 0661064692 Total des frais engagés : 897.90 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 : Crise d'asthme

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.

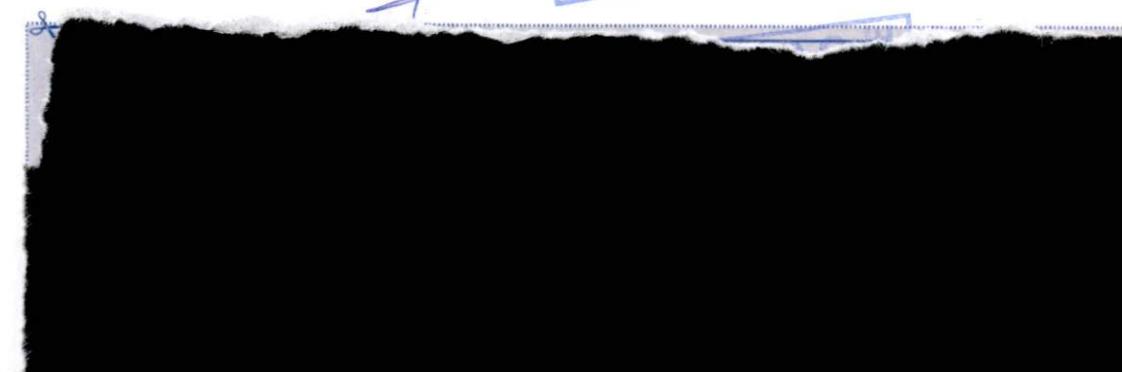
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : / /

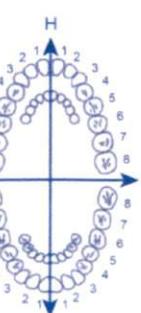
Le : 18/01/2023

R ACCUZI



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
29/12/22	Visite de suivi	1	300,00	Hôpital Universitaire Ibn Rochd INP : DR. BERTUL AZIZI Médecin chef de la clinique des urgences 101187334

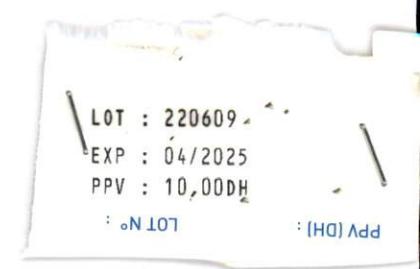
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>Début d'exécution</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="checkbox"/>														
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>Date du devis</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>Date de l'exécution</b> <input type="checkbox"/>														



221229135120Y.

9868



29 décembre 2022

Mme LAHJAOUZI HAFIDA

87.90

1/ ECOCLAV 1G/125MG 1 / 125 G

1 Sachet x 2 par jour pendant 8jours

✓.S

Lot N° :  
Exp :  
PPV :

22030  
04/25  
87DH90

1000  
97.90

2/ ANDOL C

1cp x 3 par jour

✓.S



Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr. BERTUL AZIZ  
Médecin chef de service des urgences  
101187334



090063728

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

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200226029

## F A C T U R E

N° 32 380 / 2022 du 29/12/2022

Nom patient : LAHJAOUZI HAFIDA

Entrée 29/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 29/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Nebulisation avec oxygene, oxygene en su	1,00		500,00	500,00
Consultation exclusive d'urgentiste	1,00	K	300,00	300,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>800,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>800,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

HUIT CENTS DIRHAMS

**Total 800,00**

	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	800,00	800,00	0,00

CASABLANCA

## Reçu de caisse

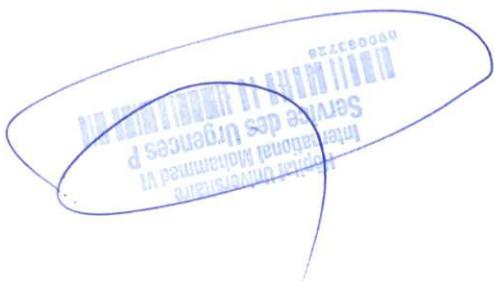
MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 22122915271019801 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200226029	LAHJAOUZI HAFIDA	29/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6076	800,00
PAYANT	Total payé	800,00
HUIT CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : Y.AYYAD





221229135120Y.

LAHJAOUZI HAFIDA

Admission du : jeudi 29 décembre 2022

### Ordonnance

(29/12/2022,29/12/2022) CONSULTATION \_SO\_ [DR. BERTUL AZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
29/12/2022	Nebulisation avec oxygene, oxygene en sus	1	
29/12/2022	Consultation exclusive d'urgentiste	1	

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr. BERTUL AZIZ  
Médecin chef de service, de ces urgences  
101187334



090063728

**CMI**

مصرف المقاصة

**ACHAT ))))**

29/12/22

15:26:36

9900240863

92408601

**HM6 URGENCE**

Bouskoura

A0000000031010

\*\*\*\*\*1160

VISA

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

**MONTANT :****800,00 MAD**

Num Transaction : 001

Num Autorisation : 932119

STAN : 006076

---

TICKET CLIENT