

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-594682

149589

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ AL

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2831 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KASSI NEZHA

Date de naissance : 18/11/55

Adresse : 32 LOT LA FARAF BOUSKOURA

Tél : 0662 40 400 Total des frais engagés : 699,90 + 300

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/12/2022

Nom et prénom du malade : KASSI NEZHA Age : 67 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection dermatologique

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

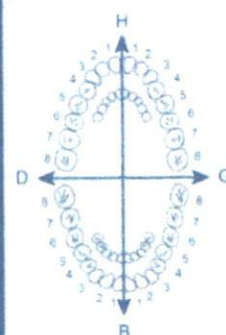



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/12/22	C.S		300.000H	INP : <input type="text"/> 
22/12/22	C		5	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant
	08-12-22 22/12/22	31,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologiste	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	25533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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'EXECUTION															



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

DCP URÉE 50%  
DERMATOLOGIC  
COSMETIC PRODUCTS

110.00

ORDONNANCE

DCP URÉE 50%  
DERMATOLOGIC  
COSMETIC PRODUCTS

110.00

La.  
LOT : 02  
EXP : SEP 2024  
PPV : 29,00 DH

ssu' Nozha  
29.00  
Bani da pied de



Solution

$$110.00 \times 3 = 330.00$$

DCP 50 % Uree

Une applicat le sou.

$$37.60 \times 2 = 75.20$$

2) Diprosalic pommade

1 x 1/8 le mat

66.80

3) Flamma zone

1 x 1/8

A reseau dans 15g

LOT : 761  
PER : AVR 2025  
PPV : 37 DH 60

LOT : 761  
PER : AVR 2025  
PPV : 37 DH 60



LOT / BATCH: 17930  
FAB / MFR: 04-2022  
EXP: 03-2025

PPV: 66.80 DH



$$66.30 \times 3 = 198.90$$

u) amfine spray on spray

12/1/2017

x 3 mori

**Pharmacie MARIA SARI**  
Loubna EL AKKARI  
**Docteur en Pharmacie**

Bouskoura Centre Ville Casablanca 0522 33 45 23  
Bouskoura Centre Ville Casablanca 27 20 00 30

**Pharmacie EL AKKARI**  
Loubna EL AKKARI  
**Docteur en Pharmacie**

Bouskoura Centre Ville Casablanca 0522 33 45 23  
Bouskoura Centre Ville Casablanca 27 20 00 30

**999.50**

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Pevaryl 1% sol pulv n 30g  
P.P.V : 66,30 DH



Maphar  
Bd Alklima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Pevaryl 1% sol pulv fl 30g  
P.P.V: 66,30 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Pevaryl 1% sol pulv fl 30g  
P.P.V: 66,30 DH



50 g/e

PPV: 66,80 DH



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

22/12/2022

Kassu' Nezha,

110g x 2

101 DCP a 50% (pieds)

appliquer le son son

37.60

occlusion

2)

Dipro salic pour pied (pieds)

appliquer le mater

3)

Flammazine (pieds)

1 x 1/2 a 1/4

Pharmacie  
Bouskoura  
Centre de Pharmacie  
ICE 001512272000030  
Droguerie  
L'Officine  
35,56a  
0525 3522

0910228391  
Professeur CHIRAC SYNDICAT  
Hôpital Universitaire International Mohammed VI

rosalic®  
made in



LOT: 505  
PER: JUL 2020  
PPV: 37 DH 60



ديبروزالك® مرهم  
بيتاميتازون، حامض ساليسيليك  
للدهن

ديبروزالك®  
مرهم

30 غ

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2212081637590910 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200223311	KASSRI NEZHA	08/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0923	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : M.NAWAL

0909063728  
HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
CASABLANCA

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200223311

## F A C T U R E

N° 29.652 / 2022 du 08/12/2022

Nom patient : KASSRI NEZHA

Entrée 08/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de dermatologie	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

090063728  
Bouskoura Adresses  
Hopital Universitaire  
International Mohammed VI





مركز الدفعات

08/12/22

16:35:12

9900240830

92408302

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A00000000032010

APP : Visa

KASSRI EP OUHBI /NEZH.M

xxxxxxxxxxxxx7979

02/25 CARTE NATIONALE

3E3DE96676912B17

620-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 004

NUM AUTORISATION: 009862

STAN : 000923

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT