

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

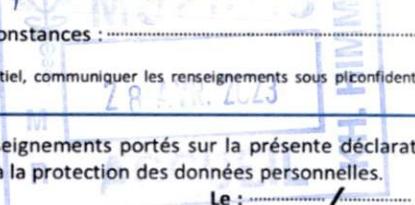
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-775347

AS8866

|  |  |                                  |                                 |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie           | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)              |  |                                  |                                 |
| Matricule : <b>2831</b>                    | Société :  |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif             | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : <b>KASSIRI NEZHA</b>        |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : <b>18/11/55</b>        |  |                                  |                                 |
| Adresse : <b>25 Lot LA FARSA Bouskoura</b> |  |                                  |                                 |
| Télé. : <b>06624110406</b>                 | Total des frais engagés :                        | <b>665160</b>                    | Dhs                             |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | <p style="text-align: center;">Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">  <br/> <b>Hôpital Universitaire International Mohammed VI</b><br/> <b>Pr. Assistant MOUSSA LOUCHA</b><br/> <b>Ophthalmologie</b><br/> <b>091261800</b> </div> <p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade :</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <b>Biéphorie</b></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p> |
|-------------------------------------|---|

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....  
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 Actes                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/10/23        | Q                 | 365,60                |                                 | Hôpital Universitaire Jeanne de Flandre<br>Pr. Assistant en Radiologie<br>091261900 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                              | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie M...<br>Docteur ...<br>Centre de soins et de réadaptation | 31/10/23 | 365,60                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

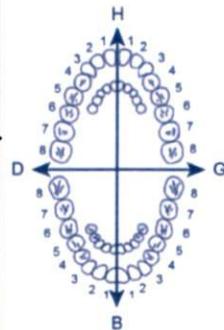
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

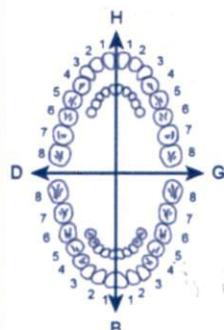
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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



220113112953GS

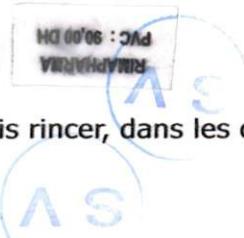
**ORDONNANCE** 31 mars 2023

Mme KASSRI NEZHA

Bouskoura, le :

90°C°

**NAVIBLEF DAYLI CARE**



appliquer sur les cils 1f/j puis rincer, dans les deux yeux

99,60

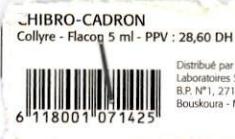
**CHIBROCADRON**

1 goutte 4 fois par jour pdt 7 jrs  
1 goutte 3 fois par jour pdt 7 jrs  
1 goutte 2 fois par jour pdt 7 jrs  
1 goutte 1 fois par jour pdt 7 jrs , dans les d

89,60

**XAILIN WASH**

158,00 1 lavage x 2 / jour , dans les deux yeux



CHIBRO-CADRON  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Bouskoura - MAROC

**OPHTALMEX**  
PPC  
89,00 DHS

PPC 158,00 DH

4 fois par jour, dans les deux yeux

365,60

  
Pharmacie MARIA SARL  
Loubnâ EL AKKARI  
Docteur en Pharmacie  
Bouskoura Centre 133 Casablanca - 0522 33 45 23  
ICP 001 02272000030

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant MOHIB LOUBNA  
Ophtalmologie  
091261800

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300238717

## F A C T U R E

N° 12.768 / 2023 du 31/03/2023

Nom patient : KASSRI NEZHA

Entrée 31/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 31/03/2023

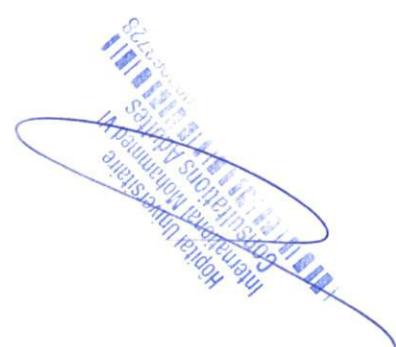
|                              | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire        | Montant          |
|------------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| <b>PRESTATIONS INTERNES</b>  |        |            |                      |                  |
| Consultation d'ophtalmologie | 1,00   | K          | 300,00<br>Sous-Total | 300,00<br>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 | Carte Bq | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|----------------|-------|
|               | 300,00   | 300,00         | 0,00  |



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMEE

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2303311037440450 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2300238717       | KASSRI NEZHA   | 31/03/2023        |

| Mode paiement       | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------|-------------|
| CarteB              | 2075                   | 300.00      |
| PAYANT              | Total payé             | 300.00      |
| TROIS CENTS DIRHAMS |                        |             |

Reçu établi par : T.HICHAM





مركز المدحاب

SANS CONTACT



31/03/23

10:39:23

9900240830

92408301

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A0000000032010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxxxx7979

CARTE NATIONALE

F661940B9F2A67D5

620-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION : 006226

STAN : 002075

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT