

## 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.

### 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-775347

158866

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2851 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KASSI MEZHA

Date de naissance : 18/11/55

Adresse : 257 LOT LA FAROE BOUSKOURA

Tél. : 0662610400 Total des frais engagés : 665,60 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 : Blépharite

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

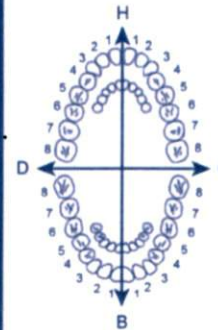
Autorisation CINDP N° : A-A-215/2019



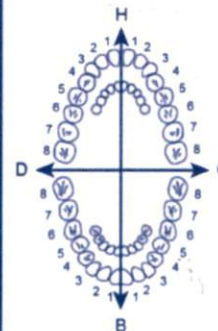
| <b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b> |                   |                       |                                 |  |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                       | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 31/03/83                              |                   | G                     | 300,00                          |  |
|                                       |                   |                       |                                 |  |
|                                       |                   |                       |                                 |  |
|                                       |                   |                       |                                 |  |
|                                       |                   |                       |                                 |  |

[illegible][illegible][illegible]

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



**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**



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

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE 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

Bouskoura, le :

**Mme KASSRI NEZHA**

**NAVIBLEF DAYLI CARE**

PPC : 80,00 DH

**navibler®**  
DAILY CARE

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

**CHIBROCADRON**

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



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

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

**XAILIN WASH**

OPHTALMED  
PPC  
89,00 DHS

1 lavage x 2 / jour , dans les deux yeux

**CATIONORM COLLYRE FLACON 10CC**

PPC 158,00 DH

4 fois par jour, dans les deux yeux

Pharmacie MARIA SARL  
Loubna EL AKKARI  
Docteur en Pharmacie  
Bouskoura Centre N°135 Casablanca - 0522 33 45 23  
ICF 00157277000030

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 |
|------------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES         |        |            |               |         |
| Consultation d'ophtalmologie | 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  |

Hopital Universitaire  
International Mohammed VI  
Consultations Admises  
2300238717  
31/03/2023

## 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 النقديات

SANS CONTACT



31/03/23

10:39:23

9900240830

92408301

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A00000000032010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxxx7979

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