

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-668599

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FIER ADJANE MOHAMMED

Date de naissance : 07/03/79

Adresse : 161708

Tél. : 661140208 Total des frais engagés : 603,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr EL HAJJAM Imane
Médecin Urgentiste

Date de consultation : 05/03/2023

Nom et prénom du malade : Mohammed Adjane Fier 43

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

Nature de la maladie : Traumatisme de la main

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 : Bouskoura Le : 05/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019

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
05/03/2023	soin	FN 9.93	480,00	INP : Dr EL HAJJAM Imane Nécess. Urgence R-1303694

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSKOURA Ouled Ben Amar L'insalha - Bouskoura N°1 Tél : 05 22 59 23 15	05-03-23	123,10 DM

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	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 canaux, 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				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 05/03/2023

Mr. Adnane

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr EL HAJJAM Imane
Médecin Urgentiste

22.20 1/ Codoliprane cp (S.V.)

1 cp x 3 / jour, 05 jours

10.90 2/ Profenid 100 g (S.V.)

1 cp x 2 / jour, 05 jours

30.40 3/ Oedes 20 g (S.V.)

123.10

1 gel 1 jour le matin, 05 jours

PHARMACIE CENTRE HOSPITALO
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Ouled Ben Amar Limsalhi Bouskoura
Nouaceur Casablanca
Tel : 05 22 59 23 15

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr EL HAJJAM Imane
Médecin Urgentiste

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 A.E : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : www.hm6.ma

PPV:22DH20
PER:12/24
LOT:L4073

30 قرصا مغلفا

بروت
كيتوبروفين
عن طريق الفم

Profenid 100 mg

احترم المطاير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

PROFENID 100MG
CP PEL B30

P.P.V : 70DH90



LOT : 22E023

PER.: 07 2025

LOT 211490
EXP 03/2024
PPV 30.00DH



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300235044

F A C T U R E

N° 9 093 / 2023 du 05/03/2023

Nom patient : **FJER ADNANE MOHAMMED**

Entrée 05/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Radiographie de la main sous une inciden	1.00		180.00	180.00
			Sous-Total	480.00
Total Frais Clinique				480.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 480.00

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			480.00		480.00	0.00

Nom du patient: FJER ADNANE MOHAMMED
Type d'examen: Radiographie de la main droite F/P
Médecin traitant:

Date: 05/03/2023

:

Résultat :

- Minéralisation osseuse normale.
- Absence de lésion osseuse d'origine traumatique.
- Respect des interlignes articulaires.
- Absence d'anomalie des os du carpe.

Dr M. BENRAMI

Dr. BENRAMI Mohammed
Radiologue
Tél : 101230433