

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

- Réclamation : 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.

M23-004148

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2172

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARRAKI

Date de naissance : 10/11/1954

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / / 09/11/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection thyroïdienne

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/07/23	Consultation	02	300,00	MAROUFI Fatima Spécialiste Endocrinologie Metaboliques

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSKOURA Ed Ben Amar L'insalha Bouskoura Nouaceur -Casablanca Tél : 05 22 59 23 15	21-04-23	93160.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

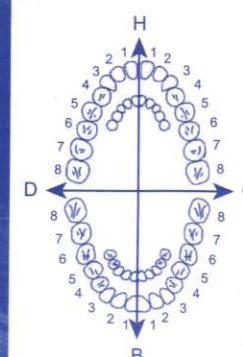
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
D		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur MAROUAN Fatima

Directeur de Spécialité-Endocrinologie
Maladies Métaboliques

091112466

Barcode: 6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 21-07-23

M^r Arraki Dafir

24x3 Levothyrox 100 µg

Barcode: 6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6x3 rep fi

Levothyrox 25 µg

rep fi

Barcode: 6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

tu
de
3
mots

30min avant le
pt déjeuner

F. 93160

PHARMACEUTIQUE
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA

Ouled Ben Amar L'Amisalha - Bouskoura
Nouadouï - Casablanca
Tel: 05 22 59 21 16

Hôpital Universitaire International Mohammed VI:
Professeur MAROUAN Fatima
Directeur de Spécialité-Endocrinologie
Maladies Métaboliques

Barcode: 6 118001 102006



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300254846

F A C T U R E

Nº 29.070 / 2023 du 21/07/2023

Nom patient : **ARRAKI DAFIR**

Entrée 21/07/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation d'endocrinologie	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
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

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Institutions Accréditées
Consultations et hospitalisations
Casiers et bilans de visite

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 2307211101202080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300254846	ARRAKI DAFIR	21/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0898	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : S.BENSID



CMI

مصرف المقديسات

ACHAT))))

21/07/23 11:01:29

9900744278 97442701

HM6 BAF 4

Bouskoura

A0000000041010

*****7088 MASTERCARD

CARTE LOCALE 220-0-9999-1-55

MONTANT : 300,00 MAD

Num Transaction : 004

Num Autorisation : 0Q3240

STAN : 000898

TICKET CLIENT