

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0032539

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 317815 Société : RAWY 177146

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDOU HOUSSINE

MAURITANIE

Date de naissance : 06/08/1943

Adresse : DU LAD SALAH Bd du 20 Novembre

Tél. : 666 1666 50 Total des frais engagés : 939.817 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

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 :

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 |
|---|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/08/2018 Hôpital Universitaire International Mohamed V Exécutrice Adulée 198033728 | Dr International Mohamed V Cabinet Dr International Mohamed V Signature Dr International Mohamed V Signature Dr International Mohamed V | CS + ECG | 350 DH | Dr International Mohamed V Signature Dr International Mohamed V |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Dr. MOUNA MAALAOUI Ouled Saleh, Douar Lahbouskoura - Tél: 05-55-00-00-00 | 16/10/2023 | 589.90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|--|--|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 B 00000000 11433553 | | Coefficient des travaux |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



211027074440BE

16 août 2023

BENOUHOUD MARIA

64.0 x 3
20.00 x 4
58.10 x 2

- 1/ ANCINE 50MG 1cp /jour *(SV)*
2/ SINTROM 3/4cp/jour *(SV)*
3/ CARDENSIEL 2.5 MG CP 1/2 cp par jour *(SV)*
4/ OEDES 20 MG GELULE 1 gel 1/4Heure avant
repas

TTT 3 mois

- 79.70
26.90
05.30
- 7/ AZIX 500MG : J1 1cp/j, puis 1/2cp/j jusqu'à J6
8/ VITAMINE C 1G : 1-1-0 pendant 1 semaine
9/ EXTRAMAG : 1 cp/j le matin pendant 1 mois

589.90



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 529 091111 / +212 529 092222 Fax : +212 529 060977 / +212 529 060979 © : www.hm6.ma

PHARMACIE OULED SAÏD
Dr. Mouna MAALAO
C.R Ouled Saleh, Douar Lahouira
par Bouskoura . Tél:05 22 59 2775

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



6 118000 141112

Vita C1000®
20 comprimés effervescents



PPV: 26DH90

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



6 118000 141112

LOT: 413
PER: 06/25
PPV: 64,00 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



6 118000 141112

LOT: 411
PER: 12/24
PPV: 64,00 DH



PPV: 79DH70
PER: 05/26
LOT: M12A3

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol
10 comprimés



6 118000 181187

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol
10 comprimés



6 118000 181187

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol
10 comprimés



6 118000 181187

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol
10 comprimés



6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot : *20,00*



2300258958 / 211027074440BE

Prénom : MARIA

Nom : BENOUEHOUD

DDN : 06/08/1943 E: 16/08/2023

Service : EXPLORATION ADULTE (SO)

Méa :

Technicien :

Commentaires :

PAYANT
Sexe: F

16/08/2023 07:14:14

FC: 66 bpm

PR: --- ms

QRS: 110 ms

QT/QTcH: 418/429 ms

QTcB: 438 ms

QTcF: 431 ms

Rv5-6/Sv1 : 1.14/1.11 mV

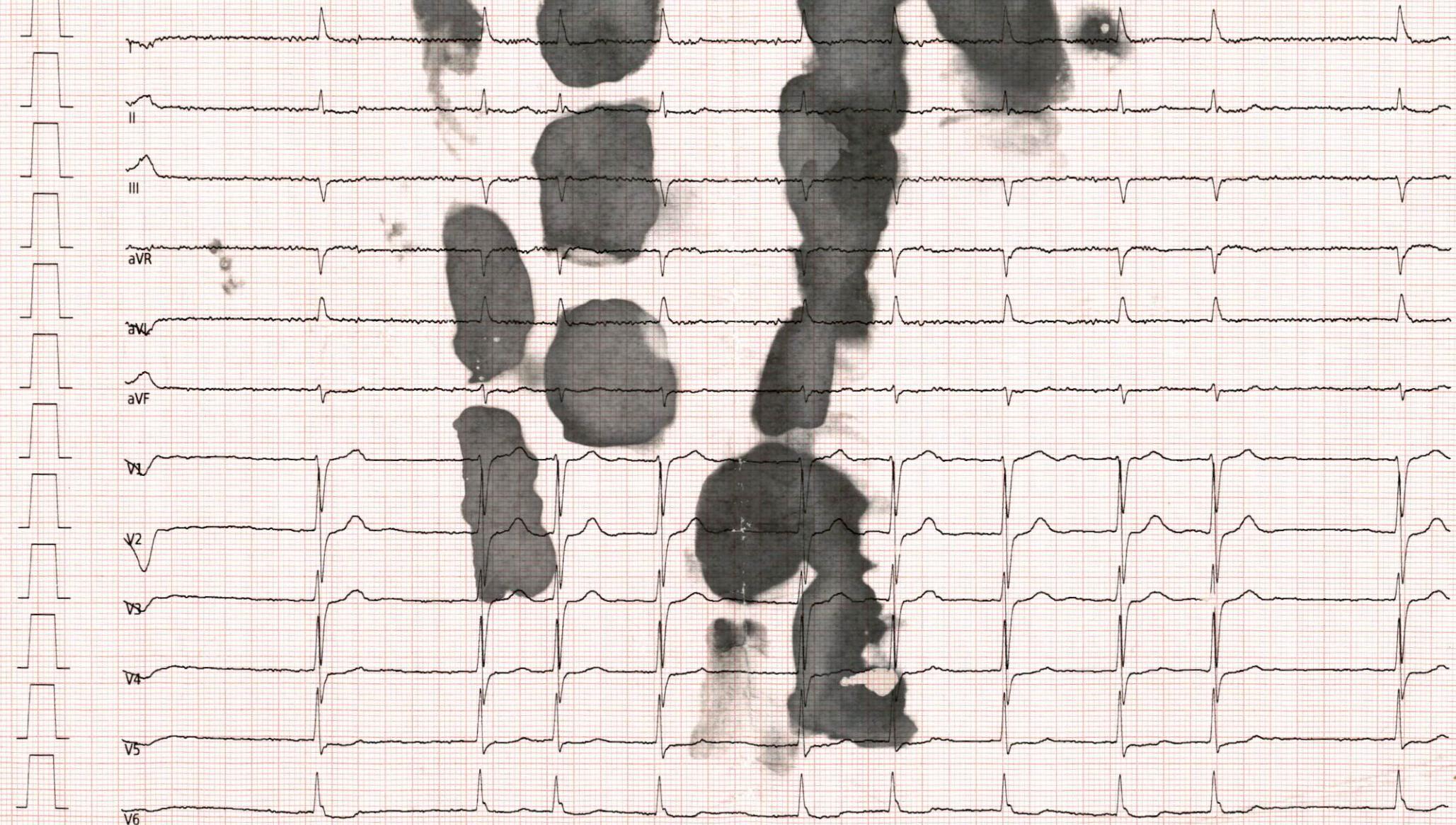
Sok-Lyon : 2.26 mV

Axe: ---/-3/100 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

TA : 138 / 83 .

Fc: 67

SpO₂: 98 - 1.

Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v 2.11.7693

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 23081611141707101 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|-----------------|-------------------|
| 2300258958 | BENOUHOUD MARIA | 16/08/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 2656 | 350.00 |
| PAYANT | Total payé | 350.00 |

TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Reçu établi par : K.GHITA



مراكز التفديبات

SANS CONTACT))))

16/08/23 11:12:59

9900240889

92408801

HM6 EXPLORATION AD

BousKoura

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx?566

CARTE NATIONALE

154EA6DC7C353EOF

220-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: OH4202

STAN : 002656

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT