

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.

M22- 0049588

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*MUPRAS
RECEPTION*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01377

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : KASAI MOHAMMED

Autre :

Date de naissance : 01-01-1970

Adresse : 26A Rue Tanger, cité de l'Aï, Nouaceur

Tél. : 0661.1067.15

Total des frais engagés : 2962,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20.10.2023

Nom et prénom du malade : KASAI MOHAMMED Age : 73ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection métabolique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : R

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 : CASABLANCA

Le : 20/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
20.10.23	CS Hôpital Universitaire International d'El Marmouet VI Consultations Adultes		3000 Dhs	 Dr. Marouf Professeur de Médecine Spécialiste En Médecine Interne Médecin Spécialiste Métabolisme

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEN M'SIK MAROUANE MS IK Docteur En Pharmacie Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua GSM : 05 22 53 20 68	20/10/23	25640

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

جامعة محمد السادس

28,00

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 20/10/2023

Mr KASRI Mohamed

374,00 x 4

Trajenta 5 mg

28,00 x 7 = 196,00

Glicopophage 1

140,00 x 1 = 140,00

Lecteur de glycée

trier + Balance

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

HTL SMT = 256300 M. Maale

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 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

6 " 118001 040773	TRAJENTA® 5 mg (Linagliptine) 28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A.	PPV : 374 DH 00 10010704/01
6 " 118001 040773	TRAJENTA® 5 mg (Linagliptine) 28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A.	PPV : 374 DH 00 10010704/01
6 " 118001 040773	TRAJENTA® 5 mg (Linagliptine) 28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A.	PPV : 374 DH 00 10010704/01
6 " 118001 040773	TRAJENTA® 5 mg (Linagliptine) 28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A.	PPV : 374 DH 00 10010704/01

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Boulevard Hassan II
B.P. 1000 Casablanca
Direction Spécialisée Endocrinologie
Nouvelles Technologies

4466

M.

KASRI
J. Mohamed

PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE MSIK
Decteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua
Gsm : 05 22 53 20 58

Le

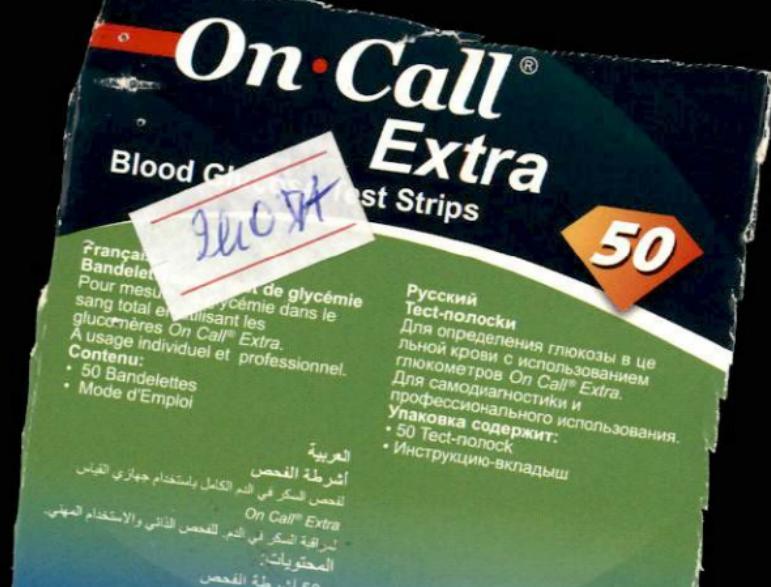
Facture N° 05

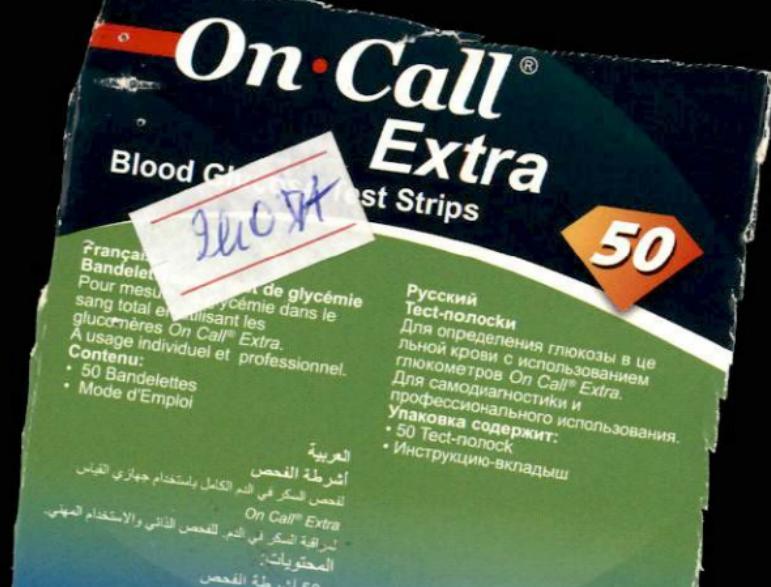
Quantité	Désignation	Prix	Montant
1	Lecteur de Bleachine	100	100
	Sigle Extra	240	240
3	Bandlettes de Sigle Extra	1	1
	par boîtes		

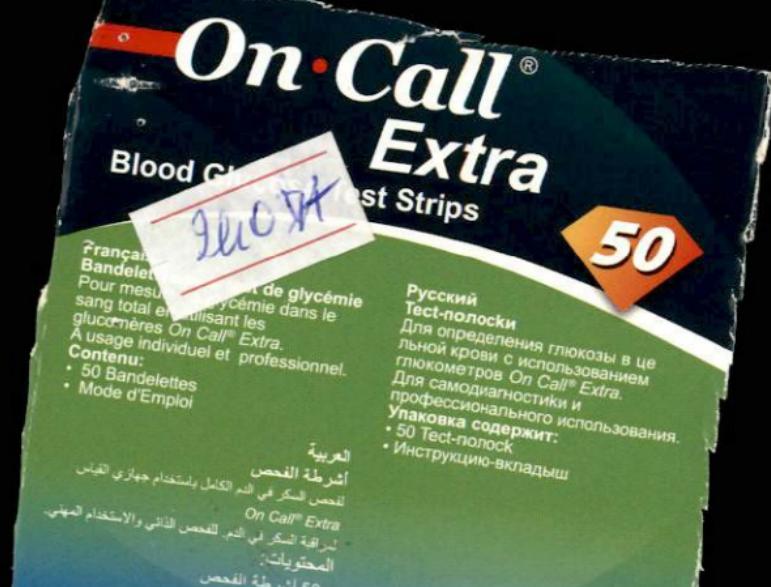
Total = 870,-

PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE MSIK
Decteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua
Gsm : 05 22 53 20 58

PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE MSIK
Decteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua
Gsm : 05 22 53 20 58







ASOMA

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

n·Call® Extra

de la Glycémie



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

KASRI Noura

Matricule :

01377

N° CIN : BS24737

Adresse :

22A, Rue Tanger, cité de l'air, Nouaceur

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Professeur MAROUAN Fatima

Directeur de Spécialité Endocrinologie

Maladies Métaboliques

091112466

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KASRI Noura

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diaète

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

Voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 20/10/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2310200952512910 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300270961	KASRI MOHAMMED	20/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1761	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : S.AHMINE

