

## 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.

N° W21-821940

124781

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>01266</b>	Société : <b>12 AM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>Boabou THAMI</b>
Nom & Prénom : <b>Boabou THAMI</b>			
Date de naissance : <b>08-04-1952</b>			
Adresse : <b>Vetiver 2 - V40 - Ville Vert Casablanca</b>			
Tél. : <b>0661420003</b>		Total des frais engagés : <b>138,80 Dhs</b>	

**Cadre réservé au Médecin**

Dr Salou ELAMARI  
Praticien  
Endocrinologie maladies  
metaboliques et nutrition  
INPE: 011216072

Cachet du médecin :

Date de consultation : **10/10/2023**

Nom et prénom du malade : **Boabou THAMI** Age : **71**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **DT 2**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

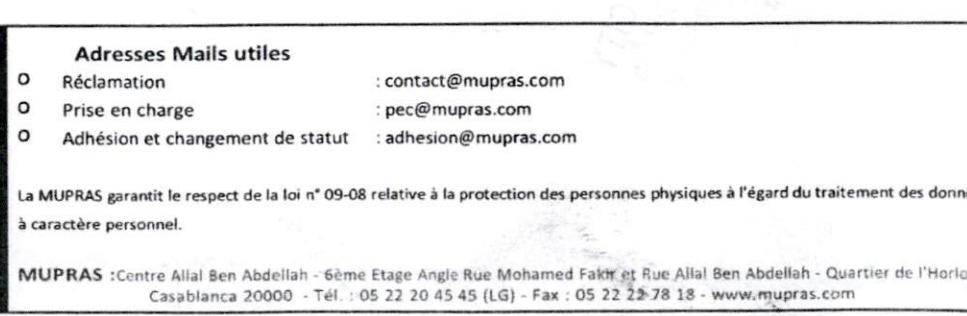
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je dévois avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e)

Boabou THAMI



### 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
16/10/93	CG		300 DH	INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CG	16/10/93	138.80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

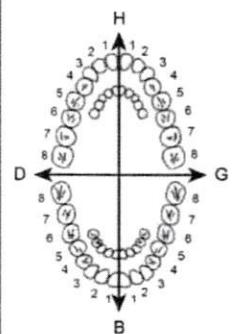
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE: 092079849			500

### AUXILIAIRES MEDICAUX

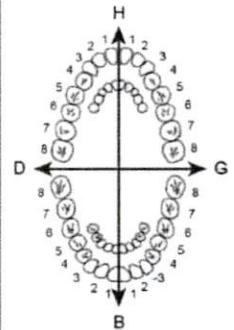
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

16/10/2003  
Balou Thame  
— —

25,10

25,70  
2) I praxia

1000

Si

43,50 1975  
2) Ag water spray (S)  
1 app x 1/5 p d 3 gencives

43,50

STÉPHANIE GOL  
Centre Commercial Bouskoura  
RDC N°3 Bouskoura 259079649  
Tél: 0522 59079649  
INPE: 092079649

Dr. S. El Amari  
Fidéabilis, Praticien, Maladiés  
INPE: 011216074  
Dr. S. El Amari  
Fidéabilis, Praticien, Maladiés  
INPE: 011216074



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
HUIM6

Date : 16/10/2013  
N° : 0060191

## QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission :

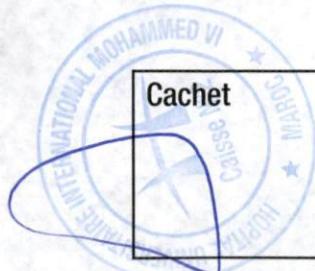
28026987

Montant :

30000

Patient :

ZABOU THAÏ



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300269859

## F A C T U R E

N° 44 304 / 2023 du 16/10/2023

Nom patient : BABOU THAMI

Entrée 16/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'endocrinologie	1.00	K	300.00	300.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENTS DIRHAMS		<b>Total</b>
		<b>300.00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300.00				300.00	0.00