

## 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.



Déclaration de Maladie

M23-0018946

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12309 Société : RAN 186895  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TASSIR Abdelbarim  
 Date de naissance : 26/03/1978  
 Adresse : Residence Les 3 Golf, Villa 2, Ville Vert  
 Bangharg  
 Tél : 0650350050 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie : ALD ALC Pathologie :

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 : ASA Le : 15/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.


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



### 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
18/11/23	Voir facture n° 51162		359,69 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
	18/11/2023	NO 9,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

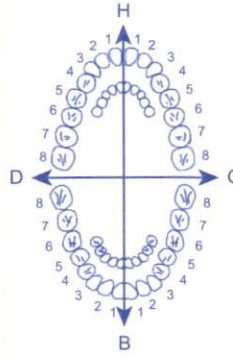
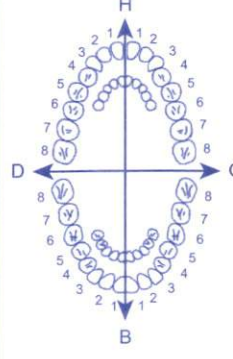
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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			
				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 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2300276522

N° : 51162 / 2023 du 18/11/2023

Nom patient	TAISSIR ABDELKARIM	Entrée	18/11/2023
	PAYANTS	Sortie	18/11/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		59.69	59.69
			Sous-Total	59.69
Total Clinique				359.69

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	359.69
TROIS CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS SOIXANTE-NEUF CENTIMES		

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service des Urgences A  
680063758

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

18/11/2023

18:37

Nom Patient : TAISSIR ABDELKARIM

Numéro dossier : 2300276522

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
18/11/2023	ACUPAN 20 MG SOLUTION IN 20MG INJECTA (0	0	1,00	6.34	6.34
18/11/2023	SPASFON 40 MG/0,04 ML SO 40MG INJECTA (0	0	1,00	4.35	4.35
18/11/2023	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)	0	1,00	14.08	14.08
18/11/2023	CLOPRAME 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJECT	0	1,00	1.39	1.39
18/11/2023	OMEPRAZOLE NORMON 40 MG 40MG INJECTA (0	0	1,00	29.90	29.90
18/11/2023	GLUCONATE DE CALCIUM PRO 0,1 INJECTA (50	0	1,00	3.63	3.63
Total pharmacie					59.69

Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI  
Service des Urgences A  
18/11/2023 18:37  
650643754



Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2311181837480420 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300276522	TAISSIR ABDELKARIM	18/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	007556	359.69
PAYANT	Total payé	359.69
TROIS CENT CINQUANTE-NEMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : C.OUMAIM

Hopital Universitaire International Mohammed VI  
Service des Urgences  
060043728



مركز الدفع

## ACHAT )))

18/11/23

18:36:00

9900240863

92408601

**HM6 URGENCE**

Bouskoura

A00000000031010

\*\*\*\*\*0285

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**359,69 MAD**

Num Transaction

: 009

Num Autorisation

: 248173

STAN

: 007556

---

TICKET CLIENT