

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32/81

Société : R.A.T

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSABRANE ABDELKRAM

Date de naissance : 1948

Adresse :

Tél. 0661132564

Total des frais engagés : 13831,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6/12/2023

Nom et prénom du malade : ASSABRANE Abdellah Age: 74

Lien de parenté : lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA Le : 15/12/2023

Signature de l'adhérent

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
15/12/2023	Consultation			Université Incubateur de la Santé Assistante Médicale - LOUBIANA Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Ouled Hadou Casablanca Tel. 0522 32 12 10 Sammmed VI	15.12.2023	182,90

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/12/23	Laser Yag	1200,00

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUM6

المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



231110112147FA

ORDONNANCE

15 décembre 2023

Bouskoura, le :

Mr ASSABBANE ABDELKRIM

25,90

MYDRIATICUM collyre cl

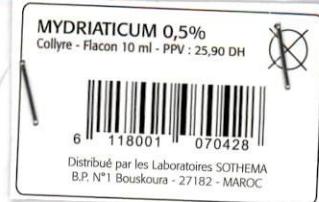
Avant le laser

157,00

THÉALOSE collyre

1 goutte x 4 / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

S.V.
S.V.



Hôpital Universitaire International
Pr. Assistant MOUHIB LOUBSI
Ophtalmologie
091261880



231110112147FA

ORDONNANCE

06 décembre 2023

Bouskoura, le :

Mr ASSABBANE ABDELKRIM

CAPSULOTOMIE au laser yag

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant MOUHIB LOUBNA
Ophtalmologie
091261897

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300282145

F A C T U R E

N° **56 846 / 2023** du **15/12/2023**

Nom patient : **ASSABBANE ABDELKRIM**

Entrée **15/12/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **15/12/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Photocoagulation de la region maculaire avec laser Yag conventionnel	1.00	K	1 200.00	1 200.00
			Sous-Total	1 200.00
Total Frais Clinique				1 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200.00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 200.00	1 200.00	0.00



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 2312151109332080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300282145	ASSABBANE ABDELKRIM	15/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2067	1 200.00
PAYANT	Total payé	1 200.00
MILLE DEUX CENTS DIRHAM <i>médHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI</i>		

Reçu établi par : S.BENSID



Date d'exploration : 15/12/2023

COMpte RENDU OPÉRATOIRE

PATIENT: Mr ASSABBANE ABDELKRIM

Age : 75 ans et

Diagnostic : Capsulotomie au laser yag

Œil : oeil droit

Type d'anesthésie : Locale

Médecin traitant : PR MOUHIB LOUBNA

Acte : Laser yag

? ANTECEDANT: opéré pour cataracte OD

- Mise en place d'une lentille de contact

- impacts au :

Laser yag : 4.5 mj

- Traitement local

Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Pr. Assistant MOUHIB LOUBNA

Ophthalmologie

001261900



ACHAT

15/12/23 11:07:45
9900744278 97442701

HM6 BAF 4

Bouskoura

A0000000031010

*****0105 VISA

CARTE LOCALE 221-0-9999-1-44

MONTANT : 1200,00 MAD

Num Transaction : 014

Num Autorisation : 273782

STAN : 002067

TICKET CLIENT