

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="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 0586 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zerrouk Mohammed

Date de naissance : 1937

Adresse : 31, rue 16, Cité Inar I Casablanca

Tél. : 07.00.18.88.11

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/12/2023

Nom et prénom du malade : Mohammed Zerrouk Age : 87 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Zerrouk a une maladie

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 02/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Zerrouk

2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

02/01/2024

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
29/12/23	Acte facturé	N° 60035	1062,53 DH	Hôpital Universitaire International Mohamed VI B.F.E.L HAJ-JAH Imane Médecin Urgentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MÉDICALISME	30/12/23	120,50

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

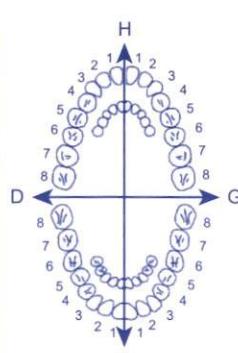
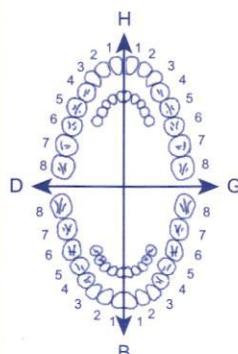
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	
		21433552 00000000 00000000 11433553		
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
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 : 30/12/13



2300285208 / 231229234616C.

Prénom : MOHAMED

Nom : ZERROUK

DDN : 01/01/1937 E : 29/12/2023

Service : URGENCE (SO)

PAYANT
Sexe: M

45,700 - Colrox 4mg



2cp x 2f (200)
22,000 - Cudol



2cp x 2f (200)

52,800 - Cedol 2mg



1f/2 post 10

Casablanca Tel. 05 22 09 76
834-AV. 2-NAS-T-CLO 25/F Etage 11ara
MOUSSINE LELLA

PHARMACIE MOUSSINE

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Docteur SAMIA Mohamed
Traumatologie Orthopédie

091203591

Cédol®
20 Comprimés



6 118000 180913

22,00

Coltrax® 4 mg

12 comprimés



6 118000 120322

45,70

OEDES 20mg
14 gélules



6 118001 100071

LOT 211530
EXP 05/2024
PPV 52.80DH

FDV vendredi
après-midi
de 21 à 15h00

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2300285208

N° : 60035 / 2023 du 29/12/2023

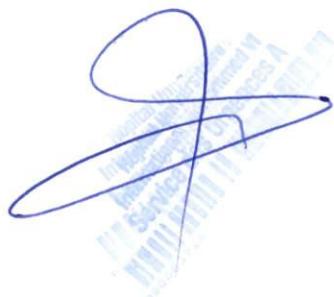
Nom patient	ZERROUK MOHAMED	Entrée	29/12/2023
	PAYANTS	Sortie	30/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation initiale d'urgentiste	1.00	K	300.00	300.00
Radiographie de la main sous une inciden	1.00		180.00	180.00
Radiographie du poignet sous une inciden	1.00		180.00	180.00
				<i>Sous-Total</i> 660.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		402.53	402.53
				<i>Sous-Total</i> 402.53
Total Clinique				1 062.53

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE SOIXANTE-DEUX DIRHAMS CINQUANTE-TROIS CENTIMES

Total **1 062.53**





231229234616C.

ZERROUK MOHAMED

Admission du : vendredi 29 décembre 2023

Ordonnance

(29/12/2023,30/12/2023) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTUL AZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
29/12/2023	Radiographie de la main sous une incidence	1	DR EL HABBOU MOHAMME
29/12/2023	Radiographie du poignet sous une incidence	1	DR EL HABBOU MOHAMME
29/12/2023	Supplement pour incidence radiographique supplémentaire	1	DR EL HABBOU MOHAMME
29/12/2023	Supplement pour incidence radiographique supplémentaire	1	DR EL HABBOU MOHAMME



090063728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: ZERROUK MOHAMED

Date: 29/12/2023

Type d'examen: **Radio du poignet + Main droits F/P**

:

Médecin traitant:

RESULTATS :

- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Respect des corticales osseuses.
- Absence de trait de fracture.
- Absence de lésion osseuse lytique ou condensante.

Dr M. BENRAMI

NP : 101250296
Médecin Radiologue
Dr BENRAMI MOHAMED