

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

<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 : <u>701</u>		Société : <u>RAN</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>FADOUA CH. LAT. FA</u>			
Date de naissance : <u>08-07-68</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>066 11 11 61</u>		Total des frais engagés : <u>609,26 + 22,50</u> Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : <u>FADOUA CH. L</u> Age : <u>55</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>BLESSURE</u>			
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 : 05/01/2021 Le : 31/12/23

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
31/12/2023	INP : 66217123	INN F.W	600,25	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
     	31/12/93	22,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
Hôpital Universitaire  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس  
المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



231231201609Y **ORDONNANCE**

Bouskoura, le :

31 décembre 2023

**FADOUACH LATIFA**

**1/DERMASEPT CREME CICATRISANTE**

1appl x par jour , 05jours  
*22,00*

**2/CEDOL 500**

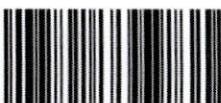
1CPx3 par jour , 05jours  
*SV*

*22,00*

*1 = 22,00*

PHARMACIE GREENTOWN  
Dr. M. Azzennar  
100 Avenue Villa Ville  
250 400 Casablanca  
Hôpital Universitaire International Mohammed VI

*DYCU ABBA DT*



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 LF : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél. : +212 5 29 09 17 14 5 29 09 20 28 Fax : +212 5 29 06 09 77 12 5 29 06 09 79 E-mail : www.hmi.ma



## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

-----  
2300285367 / 231231201609Y.  


Prénom : LATIFA  
Nom : FADOUACH  
DDN : 08/07/1968 E: 31/12/2023  
Service : URGENCCE (SO)

PAYANT  
Sexe: F

Université Internationale Mohammed VI  
Tahiry Mohamed

INPE: 090063728  
090063729

Y K F

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr. TAHIRY Mohamed  
Medecin Urgence



## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

2300285367 / 231231201609Y.

Prénom : LATIFA

Nom : FADOUACH

DDN : 08/07/1968 E: 31/12/2023

Service : URGENCE (SO)

PAYANT

Sexe: F

Compte Rendu

Je vous prie Dr  
Avoir fait 02 point de sutur  
de l'aut bras sur un plan  
de 1,5 cm (K5)

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr LATIFA FADOUACH

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300285367

## F A C T U R E

N° 60 217 / 2023 du 31/12/2023

Nom patient : FADOUACH LATIFA

Entrée 31/12/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 31/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste K5	1,00 5,00	K K5	300,00 25,00	300,00 125,00
			Sous-Total	425,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		184,26	184,26
			Sous-Total	184,26
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>609,26</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT NEUF DIRHAMS VINGT-SIX CENTIMES

**Total 609,26**

Encaissements					Total encaissé	Solde
						609,26

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service des Urgences P  
0900285367



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

31/12/2023  
21:03

Nom Patient :	FADOUACH LATIFA	Numéro dossier :	2300285367		
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
31/12/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	2,00	1,17	2,34
31/12/2023	SERINGUE 1ML	0	1,00	1,40	1,40
31/12/2023	SET DE SUTURE REF470258	0	1,00	46,15	46,15
31/12/2023	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX T 7,5	0	1,00	6,73	6,73
31/12/2023	BANDE DE CREPE 10 CM	0	1,00	19,70	19,70
31/12/2023	BANDE DE CREPE 5 CM	0	1,00	3,38	3,38
31/12/2023	LIDOCAINE LAPROPHAN 2% I 0,02 INJECTA (0	181857	1,00	10,30	10,30
31/12/2023	VICRYL LENT SERTI 3/8 CR 17MM 3/0	181857	1,00	67,08	67,08
31/12/2023	DAFILON 3-0, 3/8, AIGUILLE TRIANGULAIRE	181857	1,00	27,18	27,18
				<b>Total pharmacie</b>	<b>184,26</b>

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service des Urgences P

