

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-802105

1094997

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)							
Matricule :		2226		Société :		RAM	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :		Retraite	
Nom & Prénom :		EL HAMZI MY Ahmed		Adresse :		21 RUE SOHAY NANDARINA ALLI Chak	
Date de naissance :		31-08-56		Télé. :		8660548528	
Total des frais engagés :		546,50		Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input checked="" type="checkbox"/>	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	12/02/2019
Nom et prénom du malade :	LAIK BEN YOUSSEF
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> épouse/ conjointe <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie chronique
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 : 10/02/2019  
 Signature de l'adhérent(e) :   
 Le : 10/02/2019



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
01/08/2018 Internationnal Mohamed Séjouration Aide 05008-3728	CS		# 300 f	INP :  Hôpital Universitaire de Tunis Pr 145 N° 12345678901234567890 910-BNND-12345678901234567890

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Dam Angle Rue 31 et 34 A'nc'd Al'chok Casablanca Tel 0522 52 63 03	12/02/2011	246.50

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## 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.													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.													
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433562	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433562											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
		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"/>											



*Pharmacie Siham*  
Angle: Rue 31 et Avenue Oumariya  
N°64 Ain el-Mihr Casablanca  
Tel: 0522 52 63 03

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 12/02/2011

EL Hamzi Moulay Ahmed

44,80

①

Spectrum 160 mg

S.

74,80

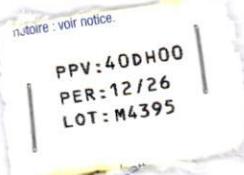
1cp x 2/j pd 10 j.

40,00

②

Cotipred 20 mg

S.V.



131,70

3cp/j le matin pd 10 j.

③

Nasonex

S.V.

NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvé  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 131,70 DH  
Distribué par MSD Maroc

T = 246,50

1pulv x 2/j pd 10 j.

Hôpital Universitaire International  
Pr. ASSA NAÏF  
DTS-BRPA-LAR-INGOLOGIE

**HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI**

CASABLANCA

**Reçu de caisse***MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 2402121401122920 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400294720	EL HAMZI MOULAY AHME	12/02/2024

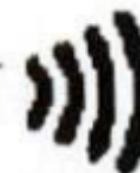
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3855	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ELBAKAY



مركب التقديمات

SANS CONTACT



12/02/24 14:02:14  
9900240889  
92408801  
HM6 EXPLORATION AD  
Bouskoura

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxx6308  
CARTE NATIONALE  
45D0635DFFFEA7C  
220-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007  
NUM AUTORISATION: 0V8570  
STAN : 003855

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT