

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 4693

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSIF Abdellah

1957

1957

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669897155

Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Hôpital Universitaire International Mohammed V
Pr. Assistant MOUHIB LOUBNA
Ophtalmologie

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09.12.2018

Nom et prénom du malade : AMRI NAJAT

Age : 60

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

Pathologie : cœur

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 : 14/01/2014

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
17.01.24	Universitaire International Môhammed Consultations Adultes	CS	300DH	Capital Universitaire International Môhammed Assistant MOHIB DIBNA Ophthalmologie 091261800

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Universitaire International Mohammed V Université Internationale Mohammed V Pr. Assistant MOUHIB LOUBNA	17/01/2014	OCT	1000 DH
Ophtalmologie	Consultations Adm		
091261800			

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 HONORAIBES

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



240117102415S.

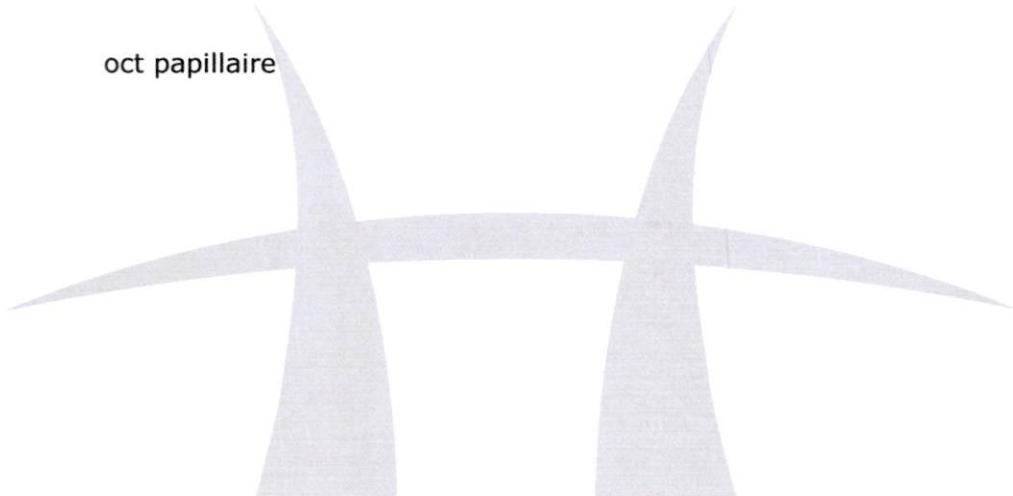
ORDONNANCE

17 janvier 2024

Bouskoura, le :

Mme AMRI NAJAT

oct papillaire



Hôpital universitaire International Mohammed V
Pr. Assistant MOUHIB LOUBNA

Ophtalmologie

091261800



240117102415S.

COMPTE RENDU OCT du NO

PATIENT : Mme AMRI NAJAT

17/01/2024

Age : 60 ans et 0 Mois

Médecin traitant : PR MOUHIB LOUBNA

• ANTECEDENT:

• Epaisseur moyenne des fibres optiques péri-papillaires :

- OD : 108 µm
- OG : 114 µm

• Diagramme des épaisseurs des fibres optiques en camembert :

Temporal OD/OG : 69/73

Supérieur OD/OG : 131/138

Nasal OD/OG: 95/92

Inferieur OD/OG: 136/151

• Rapport C/D : OD : 0.40 OG : 0.53

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant MOUHIB LOUBNA
Ophtalmologie
091261800

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 2401171148502910 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400288904	AMRI NAJAT	17/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2170	1 000.00
PAYANT	Total payé	1 000.00
MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : S.AHMINÉ


Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Consultations adultes
Tél: 0524 666 3729

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400288904

F A C T U R E

N° 3 490 / 2024 du 17/01/2024

Nom patient : **AMRI NAJAT**

Entrée 17/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT papillaire et cellules ganglionnaire	1.00	K	1 000.00 Sous-Total	1 000.00 1 000.00
Total Frais Clinique				1 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 000.00
MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 000.00	1 000.00	0.00



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 2401171027202910 / 1 / 0

Número admission	Nom du patient	Date encaissement
2400288844	AMRI NAJAT	17/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2168	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : S.AHMINE





مصرف المغادير

ACHAT

17/01/24 10:29:05
99007442/8 97442701

HM6 BAF 4

Bouskoura

A0000000031010

*****5316 Visa

CARTE LOCALE 221-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

Num Transaction : 002

Num Autorisation : 011358

STAN : 002168

TICKET CLIENT



ACHAT

1/01/24 11:50:58

9900/442/8 9/442/01

HM6 BAF 4

Bouskoura

A0000000031010 *

*****5316 Visa

CARTE LOCALE 221-0-9999-1-44

MONTANT : 1000,00 MAD

Num Transaction : 003

Num Autorisation : 036774

STAN : 002170

HICKET CLIENT