

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060606

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 817 Société : Bureau
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Benachoul Mario
 Date de naissance : 1/8/43
 Adresse : Abdelouah Bankene
 Tél. : 0666166650 Total des frais engagés : Dhs

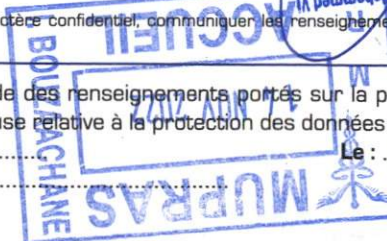
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : X Revascularisation
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-215 / 2019



RELEVÉ 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
11/10/22	ECG		350,00 DH	

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
BIOANDALOUS Laboratoire d'analyses médicales Tél: 0522 78 13 07 INPE	11/10/22	B40	40,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

11/10/2022 12:04:48

BENOUHOUD, MARIA

Féminin 06/08/1943 (79 an) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

 $R_{VS-6}/S_{V1} : 0.83/1.24 \text{ mV}$

Sok-Lyon : 2.07 mV

Axe: 79/32/71°

FC: 75 bpm

PR: 168 ms

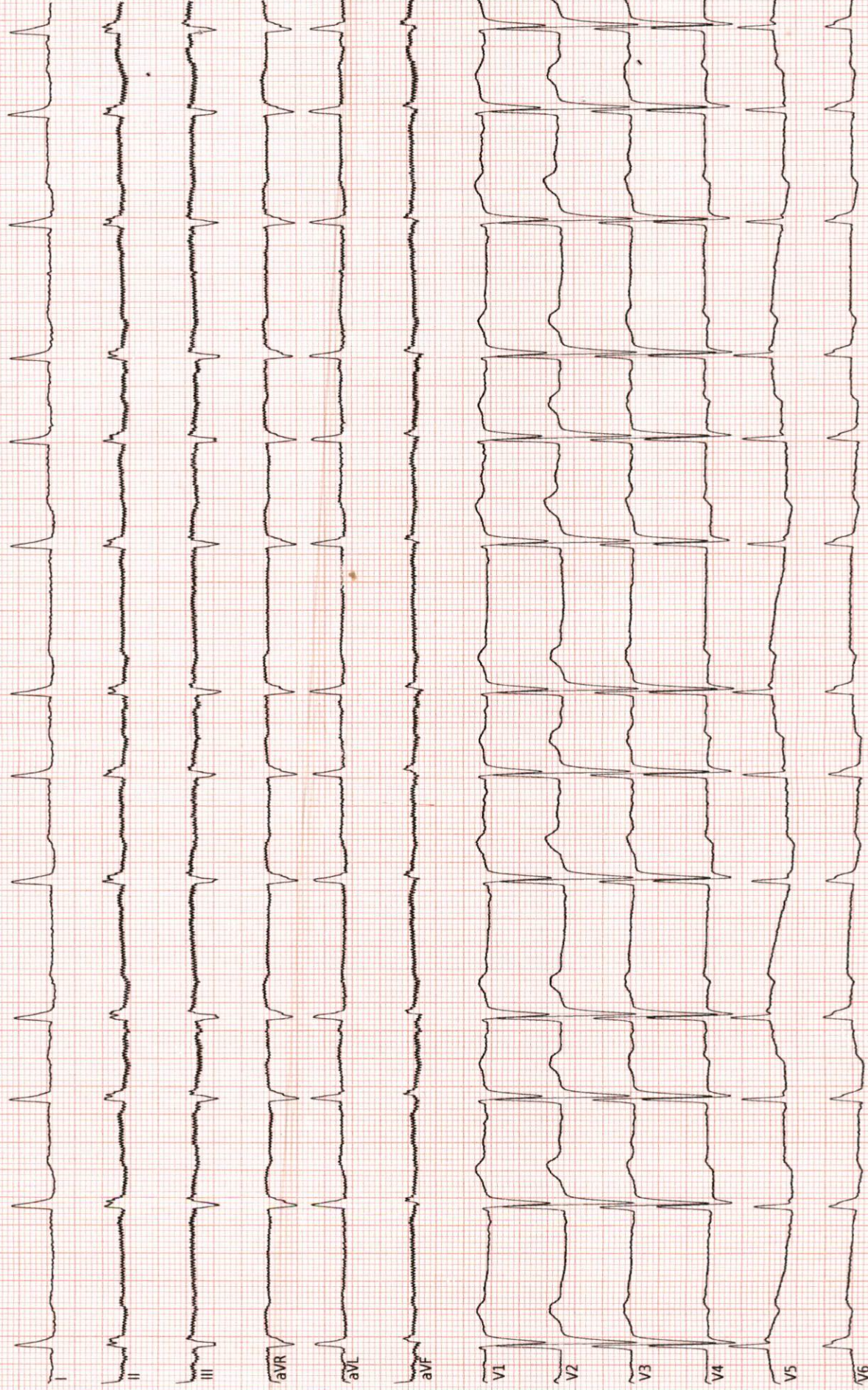
QRS: 134 ms

QT/QTcH: 410/436 ms

QTcB: 458 ms

QTcf: 442 ms

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693

2200216952 / 211027074440BE
Prénom : MARIA
Nom : BENOUHOUD
DDN : 06/08/1943 E: 11/10/2022
Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT
Sexe: F

Bouskoura, le :

Echo Abdomino pelvien

DL Abdominale depuis 3j
chez une patiente de 49 ans
prothèse cardiaque sous Sinus
(RVN)

G- Sérologie diffuse



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le :



2200216952 / 211027074440BE

Prénom : MARIA

Nom : BENOUD

DDN : 06/08/1943 E: 11/10/2022

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)



PAYANT

Sexe: F

Dr Abdominale de

Lo echo Abd plieur

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service de consultation adulte



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 11/10/2022

N° : 0029770

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : 2200216952

Montant : 4350,00dh

Patient : BENOUHOUD MARIA



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200216952

F A C T U R E

N° 23 265 / 2022 du 11/10/2022

Nom patient : **BENOUHOUD MARIA**

Entrée 11/10/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation avec electrocardiogramme (E	1,00	K	350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 350,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	350,00				350,00	0,00



د. تازي ريفي مريم

Dr. TAZI RIFFI Meryem

Médecin Biologiste

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca

Analyses médicales
Analyses spécialisées
Biologie de la reproduction

CASABLANCA le: 11/10/2022

FACTURE N° 3538/22

Médecin

Nom du patient

MME BENOUHOUD MARIA

Date de prélèvement

11/10/2022

Examens

- TPT

Cotation

B 40

Montant

40,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: QUARANTE DIRHAMS

BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
médicales
Tél.: 0522 78 13 07

RC: 490291 -- IF: 48585054 -- CNSS: 2428499 -- ICE: 002739846000044 -- INPE: 093063840

د. تازي ريفي مريم

Dr. TAZI RIFFI Meryem

Médecin Biologiste

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca

Analyses médicales
Analyses spécialisées
Biologie de la reproduction

Prélèvement du : 11/10/2022 à 09:08

Résultats édités le: 11/10/2022



MME BENOUHOUD MARIA

Dossier N° 21H195

Page: 1/1

HEMOSTASE

TP. TAUX DE PROTHROMBINE

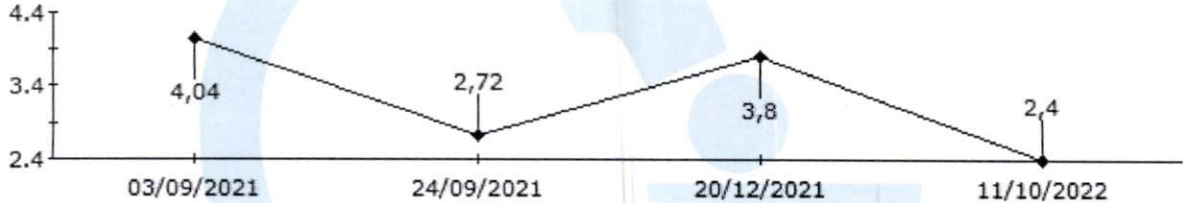
TEMPS DU TEMOIN.....	12,1	Sec
TEMPS DU PATIENT.....	24,6	Sec
TAUX DE PROTHROMBINE.....	26,8	%

Antécédent du 20/12/21 - 10:35 : 19,0 %

INR..... 2,40

((International Normalized Ratio))

Antécédent du 20/12/21 - 10:35 : 3,80



Indications

Si patient sous anticoagulant:

Prévention récidive thrombose veineuses

Prévention thromboses artérielles et sur prothèses valvulaire

Infarctus du myocarde

INR Cible

2 à 3

2,5 à 4

2 à 3

NB: Risque hémorragique si INR > 5

A savoir:

Certains aliments riches en vitamine K peuvent diminuer l'action du médicament :

Certains médicaments sont formellement contre-indiqués:

tel Aspirine, anti-inflammatoire non stéroïdiens , etc....

Total de pages: 1

BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
médicales
Tél.: 0522 78 13 07



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 29/1-2022

N° : 0029561

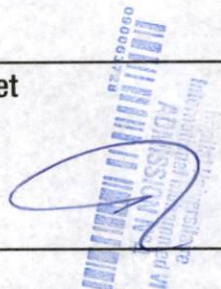
QUITTANCE - PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : 22.66 516.986 Montant : 500,00

Patient : Benouhouch Manig

Cachet



Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : www.hm6.ma

Nom du patient: MARIA BENOUDHOUD
Type d'examen: Echographie abdomino-pelvienne
Médecin traitant:

Date: 11/10/2022

:

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

Renseignements cliniques: Douleurs abdominales.

Résultats :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Tronc porte, veine cave inférieure et veines hépatiques de calibre normal.
- Vésicule biliaire à paroi fine, sans lithiase visible ce jour.
- Voies biliaires intra et extra-hépatiques de calibre normal.
- Pancréas et rate sont sans anomalie échographique.
- Reins de taille et de situation normale, de contours réguliers, présentant une bonne différenciation parenchymo-sinusale.
- Absence de dilatation pyélo-calicielle.
- Vessie vide.
- Absence de masse pelvienne.
- Absence d'ADP intra-abdominale.
- Absence d'épanchement péritonéal.

Au total :

Examen échographique sans particularités ce jour.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr KASSIMI**

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale
090061652

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200216974

F A C T U R E

N° **23 289 / 2022** du **11/10/2022**

Nom patient : **BENOUHOUD MARIA**

Entrée **11/10/2022**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **11/10/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Echographie abdomino-pelvienne	1,00	K	500,00	500,00
			<i>Sous-Total</i>	500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	500,00				500,00	0,00


 Hôpital Universitaire
 International Mohammed VI
 Service

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N°: 2210111318431500 / 1 / 29 561

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200216974	BENOUHOUD MARIA	11/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		500,00
PAYANT	Total payé	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : M.MOHAMA

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale