

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-782210

145787



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 12436 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Ben HADDA AMAL

Nom & Prénom : Ben HADDA AMAL Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2013 Nom et prénom du malade : AMAL BEN HADDA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Problème de déviation de la voie respiratoire*

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) :



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
01/10/14	Hôpital Universitaire Mohamed VI Consultations Adultes	INP : 150,000	INP : 150,000 Souscription Universitaire Internationale Mohammed VI Docteur TAHIR Abdelhak Médecine Générale	091646989

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Radiologue</i>	17/10/14	Non fourni	500,00
		INPF 5966 63 822	

AUXILIAIRES MEDICAUX

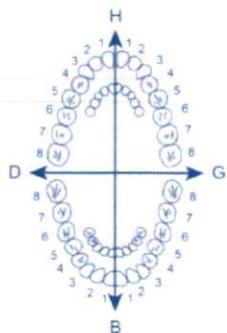
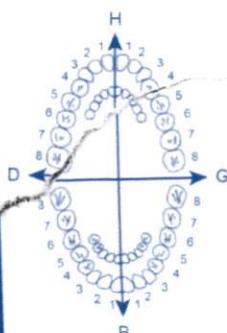
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Bouskoura, le :

17/01/23

Mme A. 
Docteur TAHIR Abdelhak
Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Médecine Générale
091040980 

Echographie

Thyroidie
— Carboli

Nodule thyroïdien du lobe
gauche de découverte
fort nodule classé IIb Antérieur

Echo, 4 et 5 

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300228662

F A C T U R E

N° 2.404 / 2023 du 17/01/2023

Nom patient : **BEN HADDA AMAL**

Entrée 17/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation Generaliste	1,00	K	150,00 Sous-Total	150,00 150,00
Total Frais Clinique				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 150,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	150,00	150,00	0,00



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2301171106220450 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300228662	BEN HADDA AMAL	17/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1372	150.00
PAYANT	Total payé	150.00
CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : T.HICHAM



Nom du patient: AMAL BEN HADDA
Type d'examen: Echographie thyroïdienne

Date: 17/01/2023
:

Thyroïde de taille normale

Lobe droit : 1.6 x 1.2 x 4,55 cm soit 4.36 cc

Isthme : 2 mm

Lobe gauche : 1.7 x 1.6 x 4.7 cm soit 6.39 cc

Présence au niveau du lobe gauche de la thyroïde de deux nodules contigus,

Le premier mesure 1.25 cm x 1 cm, fortement hypoéchogène, de contours irréguliers et siège de calcifications périphériques et centrales

Le 2^{ème} grossièrement arrondi, de contours irréguliers, fortement hypoéchogène, mesure 7 x 6 mm

Absence de nodule notable au niveau de l'isthme ou du lobe thyroïdien droit

Absence d'adénopathies cervicales notables

Conclusion :

Deux nodules thyroïdiens gauches contigus classés Eu TIRADS 5. À confronter aux données histologiques

Absence d'adénopathies cervicales

Merci pour votre confiance

PR EL BENNA

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2301171216222120 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300228683	BEN HADDA AMAL	17/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	003132	500,00
PAYANT	Total payé	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MADIHA



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'MADIHA', is written over a blue circular stamp. The stamp contains the text 'HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI' in a circular pattern, with 'CASABLANCA' at the bottom.

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300228683

F A C T U R E

N° **2 428** / 2023 du **17/01/2023**

Nom patient : **BEN HADDA AMAL**

Entrée **17/01/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **17/01/2023**

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS	Total	500,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		500,00		500,00	0,00



مركز التقديمات

17/01/23

11:04:14

9900240830

92408301

HM6 BAF CENTRALE
Bouskoura

A0000000031010

APP : VISA

BEN HADDA AMAL

xxxxxxxxxxxxxx1645

03/23 CARTE NATIONALE

97BB715E1169708E

620-0-9999-1-44

MONTANT : 150,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION : 014613

STAN : 001372

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICK



مركز التفديبات

17/01/23 12:13:34
9900241200
92412001
HM6 IMAGERIE
Bouskoura

A0000000031010
APP : VISA
BEN HADDA AMAL
xxxxxxxxxxxxxx1645
03/23 CARTE NATIONALE
2A85564D3AD329F4
620-0-9999-1-44

MONTANT : 500,00 MAD
NUM TRANSACTION : 004
NUM AUTORISATION: 0D7742
STAN : 003132

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT