

## 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.

N° W21-782192

145726

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 102436

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

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 : 18/01/23

Nom et prénom du malade : BEN HADDA Amal Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes	
18/01/2023	090063728	S	300,00	INP / Dr. Assistant ANZIYAD LARYNGOLOGY 090063728	
		S	300,00	Hôpital Universitaire Internationale Mohammed VI	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Centre de Relevement	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
090063728	18/01/2023		636,00 DH		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																	
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																	
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																	
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	11433553		35533411		B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	11433553																	
	35533411																		
B																			
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																	
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																	
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>																	
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																	

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2301180915420450 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300228787	BEN HADDA AMAL	18/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1381	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : T.HICHAM



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300228787

## F A C T U R E

N° 2.533 / 2023 du 18/01/2023

Nom patient : BEN HADDA AMAL

Entrée 18/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation ORL	1 00	K	300 00 Sous-Total	300 00 300 00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300 00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300 00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300 00	300 00	0 00



CASABLANCA

# Reçu de caisse

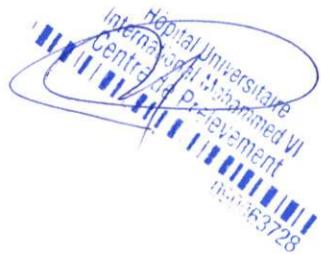
Méd'HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2301181115501190 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300228833	BEN HADDA AMAL	18/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004767	636.00
PAYANT	Total payé	636.00
SIX CENT TREnte-SIX DIR		Méd'HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Reçu établi par : GSAIR



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300228833

F A C T U R E

N° 2 580 / 2023 du 18/01/2023

Nom patient : BEN HADDA AMAL

Entrée 18/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Groupage ABo Rhesus	1.00	B0060	72.00	72.00
NFS - Numeration formule sanguine + plaquettes	1.00	B0080	96.00	96.00
Taux de Prothrombine (TP) +INR	1.00	B0040	48.00	48.00
Temps de cephaline active	1.00	B0040	48.00	48.00
Uree	1.00	B0030	36.00	36.00
Creatinine sanguine	1.00	B0030	36.00	36.00
Thyrostimuline (TSH 3G)	1.00	B0250	300.00	300.00
			Sous-Total	636.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>636.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT TRENTÉ-SIX DIRHAMS

**Total 636.00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	636.00	636.00	0.00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## ORDONNANCE



2300228787 / 230116143503ER

Prénom : AMAL

PAYANT

Sexe: F

Bouskoura, le :

Nom : BEN HADDA

DDN : 26/10/1984 E: 18/01/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

Mme / Mr / Enfant :

CPA

Lobis Thérèse

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant ANAJAR Said  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
091235119

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant ANAJAR Said  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
091235119



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

ORDONNAI

Bouskoura, le : 18/10/2023



2300228808 / 230116143503ER

Prénom : AMAL

Nom : BEN HADDA

DDN : 26/10/1984 E: 18/01/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT  
Sexe: F



- Groupage
- NFS + O
- TP, TCA
- Ure ; Gént
- TSH



Identifiant du patient : 230116143503ER

Date de naissance : 26/10/1984

Sexe : F

Date de l'examen : 18/01/2023

Prélevé le : 18/01/2023 à 11:21

Édité le : 18/01/2023 à 14:41

Traitements par des AVK : 2 - 4,5

Prévention des thromboses veineuses; prophylaxie opératoire: 2 - 3

Phlébite ou embolie en évolution; Prévention des thromboses récidivantes : 2 - 4

Prévention des thromboses artérielles; Prothèse cardiaque: 3 - 4,5

**BEN HADDA AMAL**

Dossier N° : 23012883

Docteur PR. KANTRI AZIZA NULL

Service : PRELEVEMENT



## TEMPS DE CÉPHALINE ACTIVE

Témoin	:	33.3	sec.	
Sujet	:	28.75	sec.	
(Plasma citraté, chronométrie)				

TCA sujet / TCA témoin : 0.86 < 1.2

## IMMUNO-HEMATOLOGIE

Détermination	:	Première
Groupe sanguin	:	A
Facteur Rhésus	:	Positif

## BIOCHIMIE SANGUINE

URÉE	:	0.17	g/L	0.17 - 0.49
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Abbott)				
CRÉATININE SANGUINE	:	6.4	mg/L	5.1 - 9.5
(Sang, enzymologie, Abbott)				

## HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

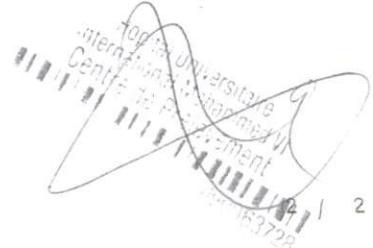
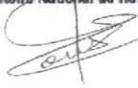
### BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s.	:	1.165	μUI/ml	0.4 - 4.40
(Test de 3ème génération / ARCHITECT Ci4100)				

Le 18/01/2023 à 14:41  
Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste  
Laboratoire National de Référence



Hôpital Universitaire International Mohammed VI

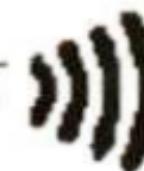
Route P 3011, Bouskoura, Maroc.

Tél/Fax : +212 529058881

e-mail : laboratoire@hm6.ma



SANS CONTACT



18/01/23 11:13:10  
9900241549  
92415401  
HM6 LABORATOIRE  
Bouskoura

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxxx6354  
CARTE NATIONALE  
5F276EFE237F61CC  
221-0-9999-1-44

MONTANT: 636,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 005  
NUM AUTORISATION: 536519  
STAN : 004767

DEBIT

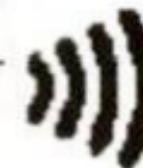
Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مركز التوفيرات

SANS CONTACT



18/01/23 09:13:34  
9900240830  
92408301  
HM6 BAF CENTRALE  
Bouskoura

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxx6354  
CARTE NATIONALE  
0C7202D74E581C92  
221-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 001  
NUM AUTORISATION: 511352  
STAN : 001381

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مركز التقديمات

SANS CONTACT



18/01/23

10:22:48

9900240830

92408301

HM6 BAF CENTRALE  
Bouskoura

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxxx6354

CARTE NATIONALE

4E939F170A9522C3

221-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 523689

STAN : 001385

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2301181024530450 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300228808	BEN HADDA AMAL	18/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1385	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : T.HICHAM



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300228808

F A C T U R E

N° 2.557 / 2023 du 18/01/2023

Nom patient : BEN HADDA AMAL

Entrée 18/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/01/2023

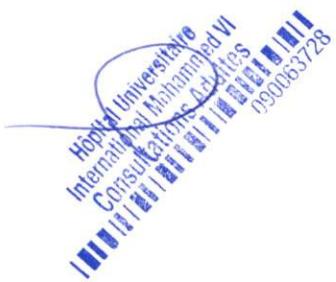
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation pre-anesthesique	1 00	K	300 00 Sous-Total	300 00 300 00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300 00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300 00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300 00	300 00	0 00



Identifiant du patient : 230116143503ER

Date de naissance : 26/10/1984

Sexe : F

Date de l'examen : 18/01/2023

Prélevé le : 18/01/2023 à 11:21

Édité le : 18/01/2023 à 14:41

**BEN HADDA AMAL**

Dossier N° : 23012883

Docteur PR. KANTRI AZIZA NULL

Service : PRELEVEMENT



## NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, Impédancemétrie, cytométrie de flux et photométrie, Sysmex XN)

### Numération globulaire

Hématies	:	4.65	$10^{12}/l$	3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	14.1	g/dl	11.5 - 17.5
Hématocrite	:	42.1	%	34 - 53
VGM	:	90.5	fL	76 - 96
CCMH	:	33.5	g/dl	31 - 36
TCMH	:	30.3	pg	24.4 - 34.0

### Formule leucocytaire

Leucocytes	:	4.60	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	62.4	%	2,9 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	1.7	%	0.08 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.7	%	0.03 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	30.2	%	1.39 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	5.0	%	0.23 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00

### Numération plaquettaire

Plaquettes	:	267	$10^3/mm^3$	150 - 445
------------	---	-----	-------------	-----------

## HEMOSTASE

### TAUX DE PROTHROMBINE

TQ	:	12.85	sec.	
TP	:	98.24	%	70 - 100

(Plasma citraté, chronométrie)

INR	:	1.01
-----	---	------

Interprétation (I.N.R) :

Le 18/01/2023 à 14:41  
Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste  
Laboratoire National de Référence



Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Route P 3011, Bouskoura, Maroc.

Tél/Fax : +212 529058881

e-mail : laboratoire@hm6.ma