

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

- Réclamation : 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'Honneur
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-782192

145726

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12636 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) :

Autorisation CNDP N° : A-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
18/01/2023	Consultation	9	300,00	INP
18/01/2023	Consultation	9	300,00	

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
Centre de Diagnostic 090063728	18/01/2023		636,000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

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	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"/>														
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

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



2300228787

F A C T U R EN° **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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation ORL	1 00	K	300 00 Sous-Total	300 00 300 00
Total Frais Clinique				300 00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300 00

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

Hôpital Universitaire
 International Mohammed VI
 Consultations Adultes
 090063728

Reçu de caisse

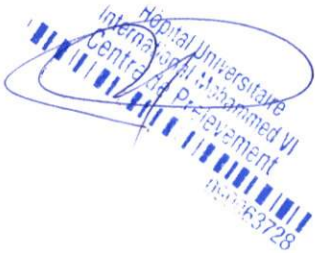
MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

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 DIRMedHOPITAL 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
PRESTATIONS INTERNES				
Groupage ABo Rhesus	1.00	B0060	72.00	72.00
NFS - Numération 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
Thyreostimuline (TSH 3G)	1.00	B0250	300.00	300.00
			Sous-Total	636.00
Total Frais Clinique				636.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT TRENTE-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

Nom : BEN HADDA

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

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT

Sexe: F

Bouskoura, le :

Mme / Mr / Enfant :

CPA

Lo bouskoura

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



2300228808 / 230116143503ER

Prénom : AMAL

Nom : BEN HADDA

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

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT
Sexe: F

Bouskoura, le : 28/01/2023

① Groupage
② NFS PQ
③ TP, TCA
④ Urin : Cént
⑤ TSH





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie

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

Edité le : 18/01/2023 à 14:41

BEN HADDA AMAL

Dossier N° : 23012883

Docteur PR. KANTRI AZIZA NULL

Service : PRELEVEMENT



Traitement 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

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

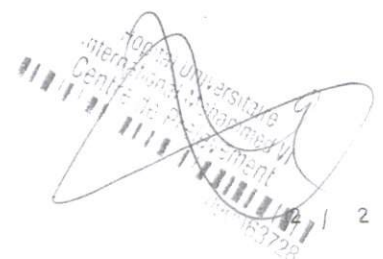
Signature

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



مركز النقديات

SANS CONTACT



18/01/23

11:13:10

9900241549

92415401

HM6 LABORATOIRE

Bouskoura

A00000000031010

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 النقديات

SANS CONTACT



18/01/23

09:13:34

9900240830

92408301

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxxx6354

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 النقديات

SANS CONTACT



18/01/23

10:22:48

9900240830

92408301

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A00000000031010

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

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



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	300 00
			Sous-Total	300 00
Total Frais Clinique				300 00

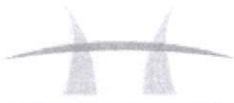
Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300 00

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

Hopital Universitaire
International Mohammed VI
Consultations de Spécialités
090063728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie

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

Edité 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