

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, parodontologie 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

- 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'Horloge 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° W21-762548

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : **RAM**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **HACHIMI - Fatima**
 Date de naissance : **1953**
 Adresse : **Residence IMRANE APOC AIR des Fleurs**
EXT PT de Hopitaux CAS
 Tél. : **0661171825** Total des frais engagés : **461,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
Pr Abdelhamid NAITLHO
Médecine Interne
INPE 101107068

Date de consultation : **13/07/2023**

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Thyroïdite de Hashimoto**

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 : **30/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
13/05/2023	ECG	1	3000	INP : [Signature]
13/05/2023	ECG	1	1000	[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Casier du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facturé
16/08/2023	16/08/23	6166

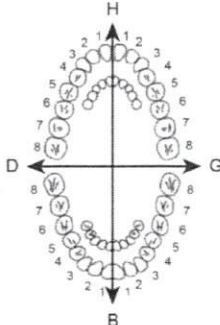
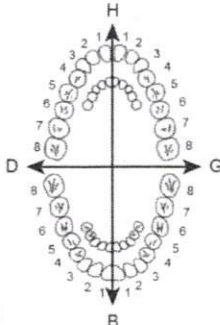
[illegible][illegible]

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 canaux, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

W21-762548

2300253529

F A C T U R E

N° 27 790 / 2023 du 13/07/2023

Nom patient : HACHIMI FATIMA

Entrée 13/07/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de medecin interne	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
Service des Prestations Internes
N° 27 790 / 2023 du 13/07/2023

Id : _____

13/07/2023 10:02:45

W21-762548

Indéfini --- (---) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

FC: 88 bpm
PR: 134 ms
QRS: 86 ms
QT/QTcH: 354/403 ms
QTcB: 429 ms
QTcF: 402 ms

Rv5-r/Sv1 : 1.71/0.74 mV
Sok-Lyon : 2.45 mV
Axe: 52/25/27 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ



2300230857 / 210325100205N

Prénom : FATIMA

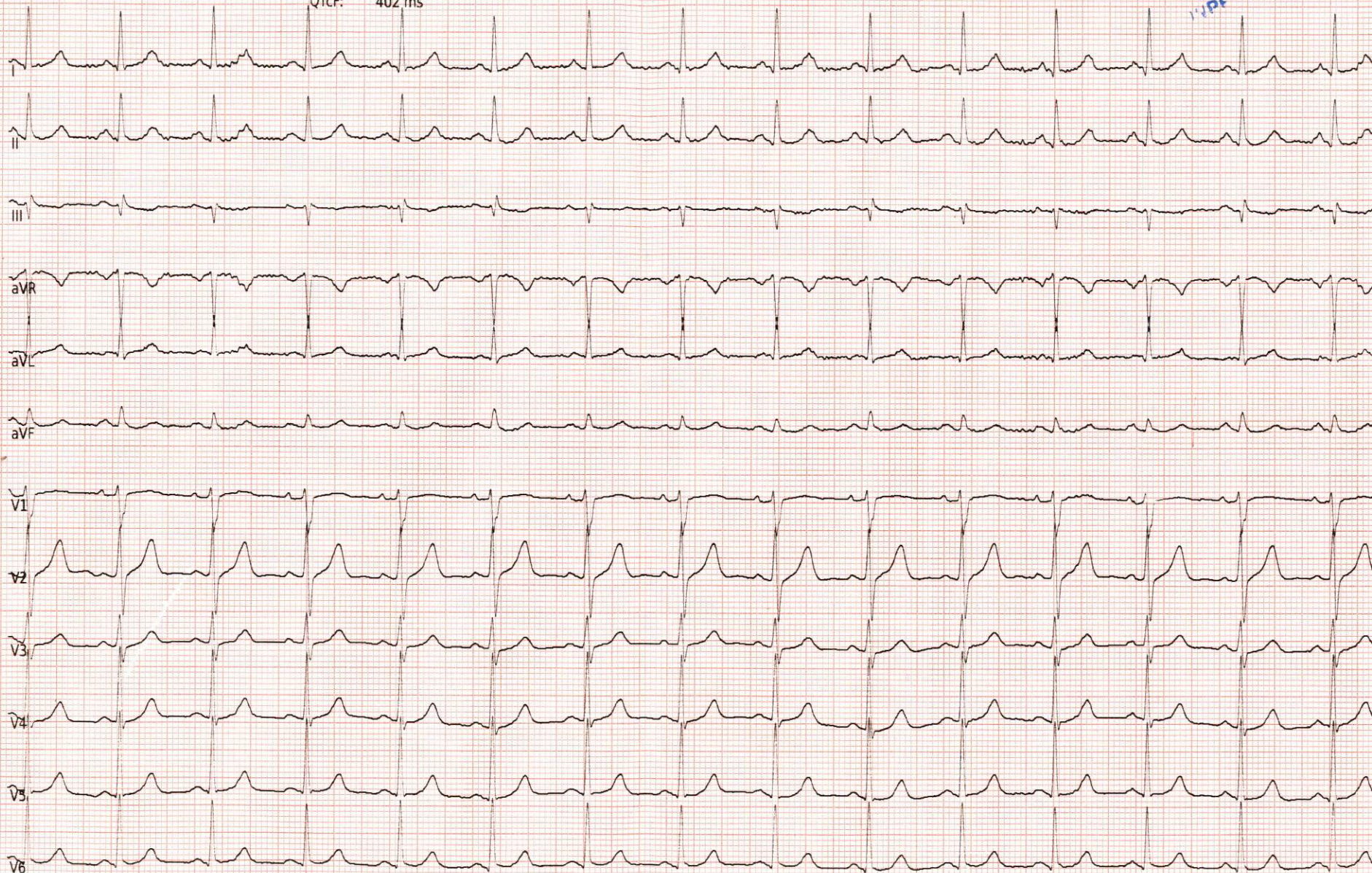
Nom : HACHIMI

DDN : 06/06/1953 E: 13/07/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT
Sexe: F

Méd. :
Technicien :
Commentaires :



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG2005 v.2.11.7693



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

Date : 13/07/23

N° : 0052040

W21-762/548

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : 2300853570

Montant : # 100 #

Patient : HACHIMI FATIMA

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

DIMAZOL® 10 mg
Carbimazole

50 Comprimés

Voie orale

21-762548

4800

Université Paris V)
Université de NICE SO
Communication et

al (Paris X)
cin Agrée Auprès des Nations Unies
en cancérologie (Villejuif-IGR)
qué en Médecine Navale (Toulon Naval)
bre de la société Africaine de pathologie
tieuse (SAPI)

المستشفى العام
6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

Casablanca le: 16/08/2023

Pr. Abdelhamid NAITLHO
Professeur de Médecine Interne
Hôpital Cheikh Khalifa
INPE: 090063728 / 090127291

A'S

ORDONNANCE

6.80 x 2 The HACHINI FATIMA
LEVOTHYROX 25 µg

①

1 cplj le matin
4800

②

DIMAZOL 10 mg
1 cplj le matin

Dr. MACIE HAY RAJA
Docteur en Pharmacie
125 Bis. Av. Des Plaiades Bd Anoual
Hay Raja L'Hermitage
Casablanca - Tél: 05 22 86 95 25

A'S

T = 61.60

Pr. Abdelhamid NAITLHO
Professeur de Médecine Interne
Hôpital Cheikh Khalifa



WM-762548

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 13/07/23

Dr me Fatima Hachimi

ECG

Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
Dr Abdelhakim NAIT HO
Médecine Interne
INPE 101107068