

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0032542

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0817 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : Penout Maria
 Date de naissance : 6/8/43
 Adresse : oued Salah Paris 13
 Tél. : 0666 16650 Total des frais engagés : 2355,7008 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/09/2019
 Nom et prénom du malade : HZ BOUCHEUR Hani Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : D de l'épaule dt
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/09/23	CS		300.00	
12/09/23	Infirmité de		400.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

05/09/23	220.00
05/09/23	1148.00
05/09/23	37.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Manipulateur Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

05/09/23		
05/09/23		
05/09/23		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

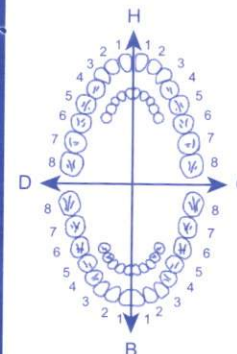
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

- 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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

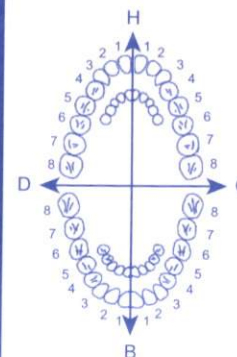
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

Date : 25 / 09 / 2023

N°: 0055994

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission :

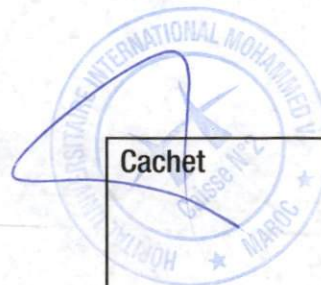
230026224

Montant :

300 DH

Patient :

Benouhrou ALAIA



Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

Date: 06 / 09 2023

N°: 0056124

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission :

270022 2234

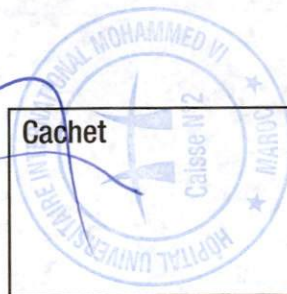
Montant :

200 DHS

Patient :

Benou Mou Rachid

Cachet



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300262234

F A C T U R E

N° 36 595 / 2023 du 05/09/2023

Nom patient : **BENOUHOUD MARIA**

Entrée 05/09/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation de medecine physique	1,00	K	300,00	300,00
ECHOGRAPHIE	1,00	K	200,00	200,00
			Sous-Total	500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

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

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Soins de Suite et Rééducation
090 063 728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

Date : 12/09/2023

N° : 0056819

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : 2300263503

Montant :

450.000 DA

Patient :

Ben Mouhamed M A P A



Cachet

[Signature]

Compte-rendu de l'échographie de l'épaule droite

Date : 05/09/2023

NOM & PRENOM : MME BENOUCHE Maria

Opérateur : PR. ASLY MOUNA

Indication: Douleur de l'épaule droite

- Le tendon de la LPB est d'aspect ovalaire en place dans sa gouttière en coupe transversale et d'aspect lamellaire en coupe longitudinale.
- Le tendon du subscapularis est aminci, d'aspect dégénératif
- Rupture totale du tendon du supra-spinatus
- Aspect dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire et de la tête humérale
- Bursite sous acromiale de grande abondance

Conclusion :

Rupture totale du supra-épineux droit avec une bursite sous acromiale de grande abondance

Aspect dégénératif des autres tendons de la coiffe.

Pr ASLY Mouna

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Asly Mouna ASLY
Médecine Physique
091186387

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300263503

F A C T U R E

N° 37 894 / 2023 du 12/09/2023

Nom patient : **BENOUHOUD MARIA**

Entrée 12/09/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Infiltration articulaire ou peri-nerveus	1,00	K	450,00	450,00
			Sous-Total	450,00
Total Frais Clinique				450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 450,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	450,00				450,00	0,00

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Soins de Suite et Rééducation
090063728

ORDONNANCE

MME BENOUHOUD Maria

1. Cédol

1cp x 3/j si douleur

2. Nociceptol gel

1 application x 2/j

S.V

S.V

PHARMACIE EL OMARI A.B.C.
Dr Ilham El Omari
Bd des Muriers. Km 114, Bouskoura
Casablanca - Tél: 05 22 59 00 39

Pr ASLY Mouna

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Agrégé MOUNA ASLY
Médecine Physique
0911863897



22.00

198.00

220.00



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

مشفى الجامعي
محمد السادس

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Clinique de Suite et Rééducation
090063728



ORDONNANCE

Bouskoura, le :

M^{me} BOUOULOUD Hana

37.70

11 Dipositem inj ou diponemol



(U.S.ite)

PHARMACIE AL BOUDOUR Sarl.Ax
115, Rue Sebta Qu. des hôpitaux, Casa
pharmaciealboudourcasa@gmail.com
Tél: 0522 86 04 68 / 86 54 37
Fax: 0522 86 04 67 - IF: 40464164
RC: 252331-ICE: 001448477000066
INPE: 092004357

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Agrégé MOUMAS
Médecine Physique
091186387

37.70



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

LOVENOX®

6000 UI (60 mg)

énoxaparine sodique/enoxaparin

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1
An Sebba 20250 - Casablanca
LOVENOX 6000UI ANTI-XA/0,6ML SER B2
P. Y. : 164DH00



ORDONNANCE

Bouskoura, le :

164.00
x
7 Lovexox

SV

T: 148.001

PHARMACIE EL OMARI A.B.C.
Dr. Mohamed El Omari
Bd des Menes - N° 14 - Bouskoura
Casablanca - Tél: 05 22 59 00 39

Handwritten signature and scribbles

Handwritten: X2 Ged

Vertical stamp: Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. ASSOCIÉ EL OMARI A.B.C. APT-
121203261