

# 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.

**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

N° M20- 0006919

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12316 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CUERIFI CHARAT 188190  
 Date de naissance : 29.10.87  
 Adresse : CASA  
 Tél. : 0619.614049 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 18/10/2023  
 Nom et prénom du malade : AIT HAMOU ASMAA Age: 42  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tendinite du muscle épineux  
 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 : 28/12/23  
 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
18/10/23	Exploration Adulte	C	300 DH	Pr. MOULAY BERKCHI Jihad
25/10/23		CG		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES MYRIADES	18/10/2023	446.10 DH
	25/10/23	214.80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/10/23	V/F	580 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

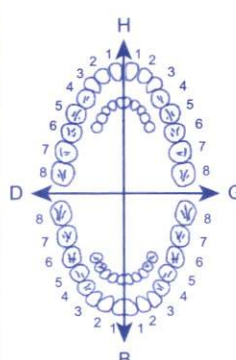
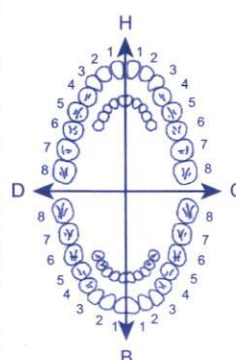
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Vente en Magasin (G1)	25/10/23					300.00 DH

# 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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300270581

## F A C T U R E

N° 45 047 / 2023 du 18/10/2023

Nom patient : AIT HAMOU ASMAA

Entrée 18/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Radiographie de l'épaule sous une incide	1,00	K	180,00	180,00
Echographie de l'épaule	1,00	K	400,00	400,00
			Sous-Total	580,00
Total Frais Clinique				580,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 580,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			580,00		580,00	0,00

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service Imagerie Médicale

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2310181318422500: / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300270581	AIT HAMOU ASMAA	18/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005261	580.00
PAYANT	Total payé	580.00
CINQ CENT QUATRE-VINGTSMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : E.SMAHAN





## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

18/10/2023



2300270552 / 220112153456ES

Prénom : ASMAA

PAYANT

Nom : AIT HAMOU

Sexe: F

DDN : 08/08/1981 E: 18/10/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

Radio de l'épaule droite

Face + Profil de l'amy

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service Imagerie Médicale

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Service Imagerie Médicale



## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 18/10/2023



2300270552 / 220112153456ES

Prénom : ASMAA

PAYANT

Nom : AIT HAMOU

Sexe: F

DDN : 08/08/1981 E: 18/10/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

Echographie de l'épaule droite.

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service Imagerie Médicale

Pr. MOULAY BERKCHI Jihad  
Président du Service de Rhumatologie



**ORDONNANCE**

Bouskoura, le :

18/10/2023



2300270552 / 220112153456ES

Prénom : ASMAA

Nom : AIT HAMOU

DDN : 08/08/1981 E: 18/10/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT  
Sexe: F

166.00

1) Glaxia gomy pte-10g

1 gpl

198.00

2) Abciaptel gel 100mg pte-10g

1 gpl

82.10

3) P-mexum 1 gpl

Total = 446.10 DIT \$

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

## ORDRE D'ENCAISSEMENT

Motif admission :

Numéro admission	Nom du patient	Date
2300270552	AIT HAMOU ASMAA	18/10/2023

	Montant à encaisser	
	300.00	
2310181239355.	OE établi par :S.MASMOU	



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300270552

## F A C T U R E

N° 45 007 / 2023 du 18/10/2023

Nom patient : AIT HAMOU ASMAA

Entrée 18/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de rhumatologie	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

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Exploration Adulte  
090063728



مركز النقديات

SANS CONTACT



18/10/23

13:11:47

9900241200

92412001

HM6 IMAGERIE

Bouskoura

A00000000031010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxx9869

CARTE NATIONALE

59A24CD077C66F9F

200-0-9999-1-44

MONTANT: 580,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 002282

STAN 005261

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مركز المباديات

SANS CONTACT



DUPLICATA

18/10/23

12:19:24

9900240889

92408801

HM6 EXPLORATION AD

Bouskoura

A00000000031010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxx9869

CARTE NATIONALE

C28A9C461B09666F

200-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 002253

STAN : 002989

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: ASMAA AIT HAMOU  
Type d'examen: Echographie de l'épaule  
Médecin traitant:

Date: 18/10/2023

:

**ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE**

**RESULTATS :**

L'étude se fait de façon comparative avec le côté controlatéral :

Tendinose du sus-épineux mesurée à 6.2 mm.

Tendon long biceps en place dans sa gouttière

Absence d'épanchement péri-tendineux

Tendon sub-scapulaire d'aspect échographique normal avec bonne visualisation de tous ses fascicules tendineux

Absence d'épanchement ou de calcification des bourses séreuses.

Absence de conflit au cours des manœuvres dynamiques.

Tendon infra-épineux sans particularité.

**CONCLUSION :**

**Aspect échographique d'une tendinose du sus épineux.**

*Merci pour votre confiance*

**Pr CHIKHAOUI. N**





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: ASMAA AIT HAMOU  
Type d'examen: Radiographie de l'épaule  
Médecin traitant:

Date: 18/10/2023

:

**RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE**

**Résultat :**

- Minéralisation osseuse normale.
- L'espace sous acromial est conservé.
- Pas d'anomalie de l'articulation acromio-claviculaire.
- Respect de la congruence articulaire.
- Pas de lésion osseuse focale.
- Pas d'anomalie des parties molles.

*Merci pour votre confiance*

**Pr CHIKHAOUI. N**





## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

25/10/2015

MM ASLAMOU Asmaa

1) Immobiliser bras / épaule





Facture: VFE23-0195827

CASABLANCA Le, 25/10/2023

DEPOT GHANDI  
Agent commercial : AYOUB.316  
Mode de règlement :

TPE : 300.00

ICE CLIENT :  
INP CLIENT :  
N° CLIENT : C23-0051957  
AITHAMOU ASMAA

0661754630

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise %	P.U. Net .TTC	Montant TTC
79IMOL	20	IMMOBILSATEUR BRAS EPAULE TL	1	300.00	0	300.00	300.00

Code	Base	Taux	Montant
20	250.00	20	50.00
Total	250.00		50.00

Total HT 250.00

Total TVA 50.00

Total TTC 300.00

Arrêtée la présente Facture à la somme de  
TTC:  
TROIS CENTS DIRHAMS

LOCAMED SERVICE SARL  
Vente en Magasin (G1)  
Non valide pour toute autre transaction  
60, Boulevard Ghandi - CASABLANCA  
Tél: 05 22 86 22 22 / Fax: 05 22 94 20 40

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150  
Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. EL Haouz - Rabat - Maroc  
Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goutmima: 627, rue Goutmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

Sidi Maârouf: Bd. Abou Bakr El Kadiri, Quartier Sidi Maarouf, (à côté de la Préfecture Al Mostakbal) / Tél : 05 22 33 57 89

MOHAMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre. Mohammedia Tél : 05 23 31 71 84

**RABAT**

Arribat Center : Av Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal Tél : 05 37 68 13 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia : 11 rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MARRAKECH: Av. Yaacoub El Mansour N° : 2 Rés. Ahlam Guéliz (près de centre Américain) /

Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

AGADIR Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 47 49

TANGER 6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67



**ORDONNANCE**

Bouskoura, le :

25/10/2023

M<sup>re</sup> AIT

RAMOU

Asmaa.

8f,40x2

1) Shuixia 120mg



pill 15j.

3f,100

dep 1j.

2) Duoxol

2ep x 3j.



pill 7j.

211,80

25 OCT. 2023

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Medecin Résident Dr. FEURY K. W. AB  
Rhumatologie  
190061862

LOT 211546  
EXP 05/2024  
PPV 30.00DH



مستور يوكسيا

120

ستور يوكسيا

LOT 231000 1

EXP 12 2023

PPV 37 40

8740

70042494/120916-1/3882



Arcton 120 mg

7 comprimés

P.P.V.: 134,50 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 448/160MP/2/1/10

Each film-coated tablet contains 120 mg etoricoxib  
Excipients with known effect: lactose monohydrate.  
See leaflet for more information  
Oral use  
Keep out of the sight and reach of children.  
Read the package leaflet before use.  
Store in original package in order to protect from moisture.  
Medicinal product subject to medical prescription.

FAB/MFG  
01-2022  
LOT

EXP  
01-2025  
W018533



500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés  
علبة من 20 قرصا

37100



مستور يوكسيا

120

ستور يوكسيا

LOT 231000 1

EXP 12 2023

PPV 37 40

ستور يوكسيا

LOT 231000 1

EXP 12 2023

PPV 166 00

ستور يوكسيا  
90 ملغ  
عن طريق الفم  
14 قرصا ملبسا



سوطيما  
Sothema





التركيبة :

### Composition :

Extrait total d'insaponifiable avocat-soja \_\_\_\_ 300,00 mg  
correspondant à :  
Insaponifiable d'huile d'avocat \_\_\_\_ 100,00 mg  
Insaponifiable d'huile de soja \_\_\_\_ 200,00 mg  
Excipients \_\_\_\_ q.s.p. 1 gélule

خلاصة كاملة للأفوكا-الصويا غير القابلتين للتصين \_\_\_\_ 300,00 ملغ  
الموافقة ل :  
زيت الأفوكا غير القابل للتصين \_\_\_\_ 100,00 ملغ  
زيت الصويا غير القابل للتصين \_\_\_\_ 200,00 ملغ  
كمية كافية لكبسولة واحدة  
سواغات

8305461

### Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué chez l'adulte en traitement symptomatique (douleur et gêne lors des mouvements) à effet différé de l'arthrose du genou.

### Mode et voie d'administration

Voie orale. La gélule doit être avalée entière, sans être croquée, avec un grand verre d'eau. Une gélule par jour au milieu d'un repas. Lire attentivement la notice avant utilisation. Médicament non soumis à prescription médicale. Pas de précautions particulières de conservation.

Boîte de 30 gélules.

LOT M886

FAB 05/2023

EXP 05/2026



6 118001 072644

سوطيم  
thema

3 DMP/21/NRS