

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036113

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2344 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELOUADI Abdellah
 Date de naissance : 19/09/1967
 Adresse :
 Tél. : 06 106 77 27 Total des frais engagés : 898 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 07/12/2023
 Nom et prénom du malade : Belouadi Abdellah Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiologie
 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 : Casablanca Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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
7/12/2023	C2		3000	
7/12/2023	diagnostic		1000	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
7/12/2023	C2		3000	
7/12/2023	C2		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ABOUZAÏD S.A.R.L. Rue 36 N°44, Massira 2, Bourmel Casablanca 0522 70 22 84 Fax 0522 70 30 79</p>	12/12/2023	418,00

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE ABOU ZAÏD S.A.R.L. Rue 36 Nord, Massira 2 Bourmel Casablanca 0522 70 22 84 Fax 0522 71 30 19</p>	12/12/2023	418,00

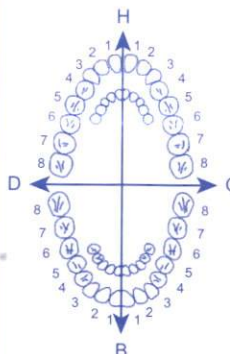
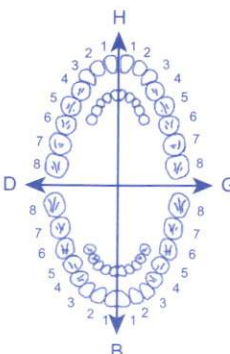
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

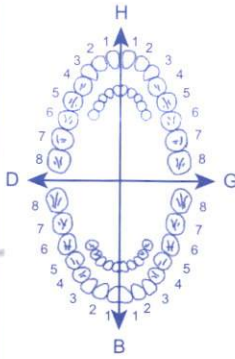
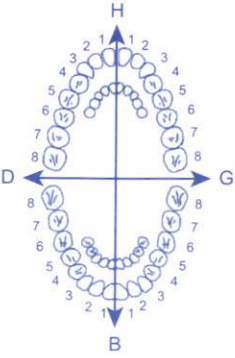
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
						CCEFFICIENT 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				
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412 00000000</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				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

le 12/12/2023

M. Belouadi ABERRAHIM

418,00

clousson 154



PHARMACIE ABOU ZAD
 S.A.R.L.
 Rue 36 N°04 Massira 2, Bourazel
 Casablanca
 Tel: 0522 70 22 84 Fax: 0522 71 30 79

RADIOLOGIE ANOUAL 111
 Oncologie & Diagnostic du Maroc
 ICE: 06 614006000058
 111, Bd Anoual
 Tél: 05 22 86 09 99 - 06 63 57 42 60

INPE
092001197

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300280765

F A C T U R E

N° 55 472 / 2023 du 09/12/2023

Nom patient : **BELOUADI ABDERRAHIM**

Entrée 09/12/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECBU + AntibioGramme	1.00	B0150	180.00	180.00
			Sous-Total	180.00
Total Frais Clinique				180.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 180.00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			180.00		180.00	0.00

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Paiement

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2312090855231190 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300280765	BELOUADI ABDERRAHIM	09/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	007673	180.00
PAYANT	Total payé	180.00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : GSAIR

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Prélèvement
09063728

Docteur Hafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie
Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circoncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراك
جراحة المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية تنسي (فرنسا)
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بتنسي
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية
اض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال . زرع الكلية . طهارة الأطفال

Casablanca, le 07/12/2023

Belouadi Abdelrahman

D. E. C. B. U. T. A. B. I.

Docteur Hafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32, Rue Taha Houcine (ex. Gallilé)
Casablanca
Tél : 05 22 26 70 98 / 05 22 26 72 24

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de P. S. C. I. E. N. T.

050063728



Identifiant du patient : 210927103647ES
DR. MEDECIN EXTERNE null

Date de naissance : 19/03/1954

Sexe : M

Date de l'examen : 09/12/2023

Prélevé le : 09/12/2023 à 08:59

Edité le : 11/12/2023 à 13:36

BELOUADI ABDERRAHIM

Dossier N° : 23120800

Docteur

Service : PRELEVEMENT



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT	:	Non renseigné	
ASPECT MACROSCOPIQUE	:	Trouble	
EXAMEN CYTOLOGIQUE			
Leucocytes	:	8*10 ⁴ /ml	< 10 ⁴ /ml
Hématies	:	35*10 ³ /ml	< 10 ³ /ml
Cellules épithéliales	:	Quelques	
Autres cellules	:	Absence	
Cylindres	:	Absence	
Cristaux	:	Absence	
Eléments fongiques	:	Absence	
CULTURE			
Culture sur CLED	:	Négative	
Numération des germes	:	< 10 ³ UFC/ml	
COMMENTAIRE	:	Présence d'une leucocyturie significative sans bactériurie, à confronter aux données cliniques.	

Le 11/12/2023 à 13:36

Signature

Pr. ELM DAGHRI Naima

P. N. ELM DAGHRI





مركز النقدیات

SANS CONTACT



09/12/23

08:52:48

9900241549

92415401

HM6 LABORATOIRE

Bouskoura

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx4887

CARTE NATIONALE

F88B3E96ECF1C4E2

220-0-9999-1-55

MONTANT: 180,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 751132

STAN : 007673

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Clariscan™ 0.5 mmol/mL
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg
d'acide gadotérique,
équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg
d'acide gadotérique (sous forme
de sel de méglumine), équivalent
à 7,5 mmol.

Excipients : Méglumine,
tetraxetan (DOTA), eau p.p.l.



EXP : 02-2024

Lot n° : 15831225

1199457 MAR

PPV
418.00DH