

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etagé 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

Nº M21- 068089

Par signé

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MUPRAS

Société : RAM 82-95

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAÏLA SOUSSI MENGIBAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21- 68089

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

88039

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 MUUPRAS 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.



N° W19-510537

Par
Souscrit

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autr
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : MUSA	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SOUSSI HENECHI LATIA			
Date de naissance :			
Adresse : El Sadiki lahcen Benachid			
Tél. : 06618546 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : SOUSSI HENECHI LATIA Age :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Pneumopathie COVID 19			
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 décrois avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-510537

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **MUSA**

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVE 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
28.07.28	soir Pa pasteur	1650,50		INP : 1011187334 Sous la signature du praticien

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RAMI * DRAMI * TARNAVSKY *	28/07/28	340,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'D

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

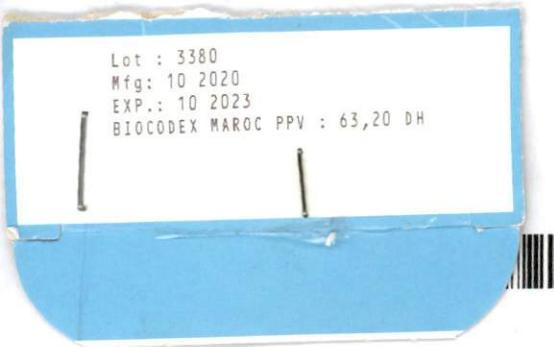
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lot : 3380
Mfg: 10 2020
EXP.: 10 2023
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

1735



28 juillet 2021

SOUSSI MENEHBI LAILA

1/ INEXIUM 40 MG



63,20 1cp par jour , 7 jours

2/ STRESAM 50 GELULE



1 cp x 2 / jour , 15 jours



3/ MEGASFON 160 MG COMPRIME PELLICULE



1 CP 3 fois par jour

4/ EXTRAMAG



1CP/JOUR LE MATIN, 1 Mois



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bneu al aquam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boute 14

641750MP/21NRT P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607

123,60

63,20

123,60

5830

340,10

55,00

4/ EXTRAMAG

1CP/JOUR LE MATIN, 1 Mois



V001 - 01/19
ETEXMAC030CP
06/2020
06/2020
0520095
3 760162 579741

National Universitaire International Mohammed VI
Service Urgences
Médecin de garde : Dr. ARIAMI
Signature



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100181552

F A C T U R E

N° 6 424 / 2021 du 28/07/2021

Nom patient : SOUSSI MENEHBI LAILA

Entrée 28/07/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 28/07/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Electrocardiogramme (ECG) à 12 derivatio	1.00		100.00	100.00
Creatinine sanguine	1.00		36.00	36.00
TICKET REPAS	1.00		20.00	20.00
Test de dépistage rapide à orientation d	1.00		500.00	500.00
NFS - Numeration formule sanguine + plaq	1.00		96.00	96.00
Proteine C reactive - CRP	1.00		120.00	120.00
Lipase	1.00		120.00	120.00
Troponine T hs	1.00		300.00	300.00
Uree	1.00		36.00	36.00
			Sous-Total	1 628.00
PHARMACIE	1.00		22.50	22.50
			Sous-Total	22.50
Total Frais Clinique				1 650.50

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES

Total 1 650.50

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	42.50	1 608.00	1 650.50	0.00

Id : _____

26/07/2021 08:26:23

Indéfini --- (--) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

FC: 88 bpm

PR: 136 ms

QRS: 80 ms

QT/QTcH: 342/391 ms

QTcB: 414 ms

QTcF: 389 ms

R_{v5-6}/S_{v1} : 0.84/0.95 mV

Sok-Lyon : 1.79 mV

Axe: 63/29/15 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ



2100181552 / 2107280847070.

Prénom : LAILA

Nom : SOUSSI MENEBHI

DDN : 01/09/1974 E: 28/07/2021

Service : URGENCE (SO)

PAYANT
Sexe: M



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



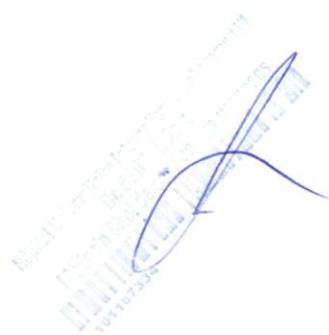
المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura Le 28/07/2021

SOUSSI MENEBHI NABILA

ECG



ORDONNANCE

Bouskoura Le 28/07/2021

SOUSSI MENEBHI NABILA

NFS+PLQ

CRP

UREE

TROPONINE T hs

LIPASE



Identifiant du patient : 2107280847070.

Date de naissance : 01/09/1974

Sexe : M

Date de l'examen : 28/07/2021

Prélevé le : 28/07/2021 à 10:34

Édité le : 28/07/2021 à 11:51

SOUSSI MENEBHI LAILA

Dossier N° : 21072138

Docteur DR. KHALOUI AMINE NULL



BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 30.4 mg/l < 5

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, immunoturbidimétrie latex, Roche)

Domaine de référence consensuel pour les adultes : < 5 mg/L (IFCC/CRM 470)

Domaines de référence 5-95 % chez les nouveau-nés et les enfants :

Nouveau-nés (0 à 3 sem.) : 0,1-4,1 mg/L

Enfants (2 mois à 15 ans) : 0,1-2,8 mg/L

L'important est le contrôle de l'évolution de la concentration en CRP au cours du processus pathologique aigu.

URÉE : 0.20 g/L 0.17 - 0.49

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

CRÉATININE SANGUINE : 8.2 mg/L 6.7 - 11.7

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, enzymatique, Roche)

LIPASE : 31 UI/l 13 - 60

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, colorimétrie, Roche)

TROPONINE T ultrasensible : 0.004 ng/mL < 0.014

(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)

Changement des valeurs de référence le 18/06/2021

< 0.014 : très faible probabilité d'un syndrome coronarien

En cas de discordance avec la clinique, un cycle de troponine est recommandé.

Le 28/07/2021 à 11:51

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Référence
090063728

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taïeb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca.
Tél : +212 529 050 233, Courriel : contact@lnr.ma, Site web : www.lnr.ma

PARTENAIRE DU GROUPE INOVIE

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Identifiant du patient : 2107280847070.

Date de naissance : 01/09/1974

Sexe : M

Date de l'examen : 28/07/2021

Prélevé le : 28/07/2021 à 10:34

Édité le : 28/07/2021 à 11:51

SOUSSI MENEBHI LAILA

Dossier N° : 21072138

Docteur DR. KHALOUI AMINE NULL



NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, Impédancemétrie, cytométrie de flux et photométrie, Sysmex XN)

Numération globulaire

Hématies	:	4.70	$10^{12}/l$	4.28 - 6
Hémoglobine	:	13.2	g/dl	13.0 - 18.0
Hématocrite	:	39.1	%	39 - 53
VGM	:	83.2	fL	78 - 98
CCMH	:	33.8	g/dl	31.0 - 36.5
TCMH	:	28.1	pg	26 - 34

Formule leucocytaire

Leucocytes	:	10.10	$10^3/mm^3$	4 - 11
P. Neutrophiles	:	80.5	%	8.1 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	2.0	%	0.20 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.63
P. Basophiles	:	0.3	%	0.03 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	11.6	%	1.17 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	5.6	%	0.57 $10^3/mm^3$ 0.18 - 1.00

Numération plaquettaire

Plaquettes	:	231	$10^3/mm^3$	150 - 400
------------	---	-----	-------------	-----------



Le 28/07/2021 à 11:51

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI
Médecin Biologiste
Laboratoire National de Référence



Laboratoire National de Référence

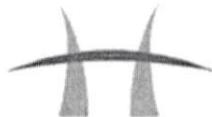
Boulevard mohamed Taïeb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca.
Tél : +212 529 050 233, Courriel : contact@lnr.ma, Site web : www.lnr.ma

PARTENAIRE DU GROUPE INOVIE

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura Le 28/07/2021

SOUSSI MENEBHI NABILA

TEST DE DEPISTAGE RAPIDE A ORIENTATION DIAGNOSTIQUE





E INTERNATIONAL MOHAMMED

Reçu de caisse

27/07/21 00:04:57

9900241200

92412002

HM6 IMAGERIE

BOUSKOURA

Bouskoura

A000000031010

APP : VISA

SOUSSI MENEGBHI LAILA

*****6728

09/21 CARTE NATIONALE

4F1C317FFF534472

201-0-9999-1-44

MONTANT:

900.00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION : 122929
STAN : 000144

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient	Date encaissement
SSI MENEGBHI LAILA	28/07/2021

Références du paiement	Montant Dhs
44	900.00
Total payé	900.00

NEUF CENTS DIRHAMS

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Urgences A
090063728

E INTERNATIONAL MOHAMMED



Reçu de caisse

SANS CONTACT))))

28/07/21 10:31:09

9900241200

92412002

HM6 IMAGERIE

BOUSKOURA

Bouskoura

A0000000041010

APP : MASTERCARD

*****5299

02/28 CARTE NATIONALE

4F595D8A7C563E0A

220-0-9999-1-55

MONTANT:

708.00 MAD

NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION : 384142
STAN : 000145

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

0

Nom du patient	Date encaissement
YUSSI MENEBHI LAILA	28/07/2021

Références du paiement	Montant Dhs
0145	708.00
Total payé	708.00

SEPT CENT HUIT DIRHAMS

Hopital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Urgences A
090063728

ATTESTATION DE DEPISTAGE COVID-19

Pour valoir à qui de droit,

Date et heure de prélèvement : **28/07/2021**
IPP : **2107280847070**
Nom : **soussi menebhi**
Prénom : **laila**
Date de naissance : **01/09/1974**
CIN : **bj189555**
(69)

Test de dépistage rapide antigénique et salivaire SARS Cov2 :

Ce test est un dépistage. Le test de diagnostic de référence est la RT-PCR.

Salivaire : negatif

Antigénique : négatif

Signature et Cachet

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Services d'urgences
Médecin de garde :
050001728

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

28/07/2021
12:17

Nom Patient :	SOUSSI MENEGBHI LAILA	Numéro dossier :	2100181552		
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
28/07/2021	INTRANULE G 18	28593	1,00	2.37	2.37
28/07/2021	SERINGUE 20ML	0	1,00	1.25	1.25
28/07/2021	AIGUILLE DE PRELEVEMENT 22G25M	28593	1,00	1.56	1.56
28/07/2021	SPARADRAP TEGADERM 3M 10X12CM	28593	1,00	7.63	7.63
28/07/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. EC	28593	1,00	0.44	0.44
28/07/2021	COMPRESSE NON TISSE 5X5 (5 PIECES)	28593	1,00	0.72	0.72
28/07/2021	SACHET POUR TRANSFER DES TUBES	28593	1,00	1.56	1.56
28/07/2021	TUBE EDTA-K2 4ML	28593	1,00	1.50	1.50
28/07/2021	TUBE CITRATE 4,5ML	28593	1,00	2.34	2.34
28/07/2021	TUBE HEPARINE 4ML	28593	1,00	1.70	1.70
28/07/2021	TUBE ROUGE SEC 4ML	28593	1,00	1.43	1.43
Total pharmacie				22.50	