

## 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 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.

### 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.

N° W21-718738

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 13104

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JDTI JMANE

Date de naissance : 25/07/1989

Adresse : Boushama, Dian AL Andalous 3, Résidence Jasmine,

Jem 7A App 16

Tél. : 0661 118819

Total des frais engagés : 1432,36

Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : JDTI Jmane

Lien de parenté : 0118733  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : céphalées aigues

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 : Soukhoune

Le : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
08/11/23	Surveillance	1	182,90	INP : 104187334 BERTUL AZIZ
				Signature : 104187334

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DÉBUT D'EXÉCUTION																			
				FIN D'EXÉCUTION																			
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
						H																	
						25533412	21433552																
						00000000	00000000																
						D																	
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B																							
G																							
MONTANTS DES SOINS																							
DATE DU DEVIS																							
DATE DE L'EXÉCUTION																							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																							

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2300227410

N° : **1144 / 2023** du **08/01/2023**

Nom patient	<b>JDII IMANE</b>	Entrée	<b>08/01/2023</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>08/01/2023</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	<b>300.00</b>
Scanner cerebral	1.00		1 500.00	<b>1 500.00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 800.00</b>
PHARMACIE	1.00		32.36	<b>32.36</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>32.36</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 832.36</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  MILLE HUIT CENT TREnte-DEUX DIRHAMS TREnte-SIX CENTIMES	<b>Total</b>	<b>1 832.36</b>



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

09/01/2023

01:03

Nom Patient : JDII IMANE

Numéro dossier : 2300227410

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
09/01/2023	CHLORURE DE SODIUM 0,250 INJECTA (01)	98975	1,00	13.10	13.10
09/01/2023	MIDAZOLAM AGUETTANT 5 MG 5MG INJECTA (10)	0	1,00	7.87	7.87
09/01/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
09/01/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.44	1.44
09/01/2023	INTRANULE G 22	0	1,00	2.37	2.37
09/01/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	6.41	6.41
09/01/2023	SERINGUE 2.5ML	0	1,00	0.73	0.73
<b>Total pharmacie</b>					<b>32.36</b>



Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service des Urgences A  
090003724

Nom du patient: JDII IMANE  
Type d'examen: Scanner cerebral  
Médecin traitant:

Date: 08/01/2023  
:

### TDM CEREBRALE

**Technique** : Acquisition spiralée avec RMP sans injection PC/IV.

**Résultat** :

- Absence d'anomalie de densité parenchymateuse sus ou sous tentorielle.
- Absence de collection juxta-osseuse
- Absence de syndrome de masse
- Structures de la ligne médiane en place.
- Système ventriculo-cisternal de situation et de morphologie normale.
- Aspect normal des angles ponto-cérébelleux et du tronc cérébral.

**Au total** :

Aspect TDM sans anomalie notable.

Confraternellement,  
Dr LAFHEL S.  
*Dr. SARAH LAFHEL*  
*RADIOLOGUE*



21062110305CH

**JDII IMANE**

**Admission du : dimanche 08 janvier 2023**

**Ordonnance**

(08/01/2023,08/01/2023) CONSULTATION \_SO\_ [PR. AASFARA JEHANNE]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
08/01/2023	Scanner cerebral	1	DR EL HAJJAM
			



090063728