

# 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- 0047138

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAÏH ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661390944 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 :

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

## 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
11/02/23		677.15		
20/23		5943		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/02/23	165,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

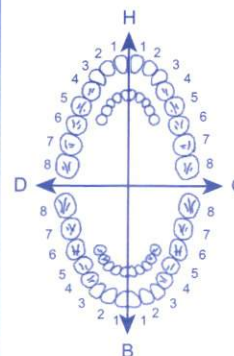
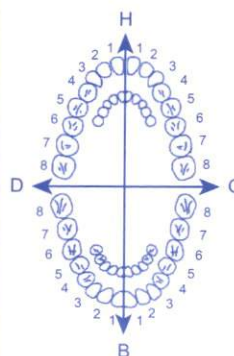
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 <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> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



230211151606K.

11 février 2023

NOUARY SAMIRA

Hopital Universitaire International Mohammed VI  
PA JIDANE SAID  
Professeur Assistant - URGENTOLOGUE  
101224400

37.00  
1/ DUOXOL

1 cp x 3 par jour pendant 08 jours

37.00  
2/ CELEPHI 100 MG

1 comprimé x 2 par jour pendant 08 jours

53.00  
3/ IPP 20 MG

1 gélule par jour pendant 10 jours

37,00

10 Gélule  
LOT: 013  
PER: AVR 2024  
PPV: 75 DH 00

IPP®  
Oméprazole 20 mg  
Boîte de 14 gélules  
PPV: 53,00 DH  
6 118000 190547

PHARMACIE CENTRE HOSPITALO  
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA  
Ouled Ben Amar Lamsalha Bouskoura  
Nouaceur - Casablanca  
Tel: 05 22 59 23 15

Hopital Universitaire International Mohammed VI  
PA JIDANE SAID  
Professeur Assistant - URGENTOLOGUE  
101224400



090063728

**F A C T U R E**

2300232103

N° : 5943 / 2023 du 11/02/2023

Nom patient	<b>NOUARY SAMIRA</b>	Entrée	11/02/2023
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	11/02/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Electrocardiogramme (ECG) à 12 derivatio	1.00		100.00	100.00
Radiographie du thorax sous une incidenc	1.00		180.00	180.00
Supplement pour incidence radiographique	1.00		50.00	50.00
			<i>Sous-Total</i>	630.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		47.15	47.15
			<i>Sous-Total</i>	47.15
<b>Total Clinique</b>				<b>677.15</b>

<i>Arrêtée la présente fâcture à la somme de :</i>	<b>Total</b>	<b>677.15</b>
SIX CENT SOIXANTE-DIX-SEPT DIRHAMS QUINZE CENTIMES		

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

11/02/2023  
17:19

Nom Patient : NOUARY SAMIRA

Numéro dossier : 2300232103

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
11/02/2023	ACUPAN 20 MG SOLUTION IN 20MG INJECTA (0	0	1,00	6.54	6.54
11/02/2023	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)	0	1,00	14.08	14.08
11/02/2023	CLOPRAME 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJECT	0	1,00	1.39	1.39
11/02/2023	INTRANULE G 20	0	1,00	2.37	2.37
11/02/2023	SPARADRAP TEGADERM IV 3M 8,5X10,5CM	0	1,00	9.70	9.70
11/02/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
11/02/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.44	1.44
11/02/2023	SERINGUE 10ML	0	1,00	1.56	1.56
11/02/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	5.86	5.86
11/02/2023	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS	0	1,00	3.77	3.77
Total pharmacie					47.15



Handwritten signature in blue ink over a blue circular stamp. The stamp contains the text 'HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED' and 'Service de Pharmacie'.



230211151606K.

**NOUARY SAMIRA**

**Admission du : samedi 11 février 2023**

**Ordonnance**

(11/02/2023,11/02/2023) CONSULTATION \_SO\_ [DR. BERTULAZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
11/02/2023	Radiographie du thorax sous une incidence	1	PR JIDANE SA
11/02/2023	Supplement pour incidence radiographique supplempe	1	PR JIDANE SA
<p>Hôpital Universitaire International Mohammed VI PA JIDANE SAID Professeur Assistant - URGENTOLOGUE 101224400</p>			



090063728

Nom du patient: NOUARY SAMIRA  
Type d'examen: Radiographie du thorax  
Médecin traitant:

Date: 11/02/2023

:

**Radiographie DE LA GRILLE COSTALE F, 3/4**

- Discrète accentuation de la trame bronchovasculaire bilatérale accentuée au niveau des bases.
- Silhouette cardiomédiastinale normale.
- Culs de sac pleuraux libres.
- trait de fracture de l'arc moyen de k7 droite.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr HABI**

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service Imagerie Médicale

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Service Imagerie Médicale  
050661802

Id : \_\_\_\_\_

11/02/2023 16:04:02

Indéfini --- (---) Indéfini

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

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

FC: 73 bpm

PR: 200 ms

QRS: 84 ms

QT/QTcH: 380/403 ms

QTcB: 419 ms

QTcF: 406 ms

Rv5-6/Sv1 : 0.84/0.89 mV

Sok-Lyon : 1.73 mV

Axe: 37/9/49 °

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*



2300232103 / 230211151606K.

Prénom : SAMIRA

Nom : NOUARY

DDN : 20/01/1971 E: 11/02/2023

Service : URGENCE (SO)

PAYANT  
Sexe: F

