

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10363** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **ELAÏCH** **ABDELLAH**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661390941** 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.

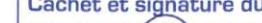
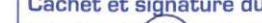
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent



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
11.02		CFD	077,75	
22.02		5943		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSKOURA Ouled Ben Amar Lounes Bouskoura Nouadour Casablanca Tel 05 22 59 23 15 1	11/02/23	165,20

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-8), upper right (9-16), lower left (17-24), and lower right (25-28). A vertical line of symmetry runs through the midline, and a horizontal line of symmetry runs through the gingival crest. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis pointing downwards and the horizontal axis pointing to the left. The origin is at the midline gingival crest. The teeth are numbered as follows: upper left (1-8), upper right (9-16), lower left (17-24), and lower right (25-28).

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



230211151606K.

NOUARY SAMIRA

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

11 février 2023

37,00
1/ DUOXOL

1 cp x 3 par jour pendant 08 jours



37,00
10 Gélule
LOT : 013
PER : AVR 2024
PPV : 75 DH 00

2/ CELEPHI 100 MG

1 comprimé x 2 par jour pendant 08 jours

3/ IPP 20 MG

1 gélule par jour pendant 10 jours



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

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



090063728

FACTURE

2300232103

N° : 5943 / 2023 du 11/02/2023

Nom patient	NOUARY SAMIRA	Entrée	11/02/2023
	PAYANTS	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
			Total Clinique	677.15

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SIX CENT SOIXANTE-DIX-SEPT DIRHAMS QUINZE CENTIMES		
	Total	677.15



A handwritten signature is placed over a blue circular stamp. The stamp contains the text 'HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI', 'SERVICES DES DROITS DES A', and 'RÉGLEMENTATION DE LA MÉDECINE'.

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



A handwritten signature is placed over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text 'Service des urgences A', 'Hôpital Universitaire International', and 'Institut Supérieur des Sciences de la Santé'.



230211151606K.

NOUARY SAMIRA

Admission du : samedi 11 février 2023

Ordonnance

(11/02/2023,11/02/2023) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTUL AZIZ]

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 supplémpe	1	PR JIDANE SA

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



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 cardiomediastinale 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**



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

R_{v5-6}/S_{v1} : 0.84/0.89 mV

Sok-Lyon : 1.73 mV

Axe: 37/949 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ



2300232103 / 230211151606K.

Prénom : SAMIRA

Nom : NOUARY

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

Service : URGENCE (SO)


PAYANT
Sexe: F

