

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 119 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bourfoun Farah

Date de naissance :

02/12/1991

Adresse :

22, Rue Tabarak Hassan RABAT

Tél. :

06 70 62 08 06 Total des frais engagés : 699,88 Dhs

Cadre réservé au Médecin:



Date de consultation : 11/10/2023

Nom et prénom du malade : Bourfoun Farah Age : 31

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Incidence urgence / Trait fracture Doi Gauche

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

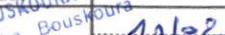
Le : 11/10/2023

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
11/29/2023	10/23	FA / 5953	532,88	INP : 1111111111111111 187333 AZIZ CHAMPIGNEUL des urgences

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSAOURA Ouled Ben Amar - Annaba - Bouskoura Nouakchott - Casablanca Tél : 08 22 59 23 15</p> <p>1</p> 	1.1.2023	167.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'IDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2302111804070.

10581

11 février 2023

Mme BOURFOUN FARAH

167²
1/ SAPHIR 1 G

1 s * 3 f / jr pdt 6 jrs

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr BERTUL AZIZ
Médecin chef de service des urgences
01187334

S.I.V

2/ CODOLIPRANE

Un comprimé deux fois par jour pendant cinq jours

3/ SAT

1 inj en SC

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

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr. BERTUL AZIZ
chef de service des urgences
01187334



090063728

SAPHIR®

Amoxicilline
/Acide clavulanique



1g / 125 mg
Voie orale

24 x

Poudre pour suspension buvable en sachet



Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants

لابترك في متناول ومرأى الأطفال

Lire attentivement la notice avant utilisation
يجب قراءة النشرة قبل الإستعمال

A conserver à l'abri de l'humidité et à une
température ne dépassant pas 25°C

يجب حفظ هذا الدواء بعيداً عن الرطوبة وتحت
درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية

AMM N° 303/17 DMP/21/NNPR



COOPER
PHARMA

41, Rue Med Diouri,
20 110 Casablanca

Amina Daoudi : Pharmacien responsable
أمينة الداودي : الصيدلي المسؤول

Saphir® 1g/125 mg
24 Sachets



6 118000 082576

100275
10/17

COOPER
PHARMA

الدواء الموصى به

لابترك في متناول ومرأى الأطفال

يجب قراءة النشرة قبل الإستعمال

يجب حفظ هذا الدواء بعيداً عن الرطوبة وتحت
درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية

AMM N° 303/17 DMP/21/NNPR

سفير

أموكسيسيلين

/حامض كلافيلانيك

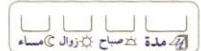
125/
1g
ملع
عن طريق الفم



مسحوق لاجل محلول للشرب

24 x

للكبار



COOPER
PHARMA

LOT: K2562
PER: 12-24
PPV: 167TH00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

Composition :

Amoxicilline.....1g

[sous forme d'hydrochlorate]

Acide clavulanique

[sous forme de clavulanate de potassium et silicate dioxyde]

Excipients.....q.s.p un sachet

Excipients à effet notable : Potassium, Saccharose, Sodium.

Rapport Amoxicilline-Acide clavulanique : 8/1

أغ

أموكسيسيلين
على شكل كريبيبات (كربيبات)

حامض كلافيلانيك 1ملع

(على شكل كلافيلانات البوتاسيوم وثاني أكسيد السيليكا)

سواع لائل كيس

سواغ ذات ثالث معروفة : بوتاسيوم، سكروز، صوديوم

نسبة أمو克斯يسيلين / حامض كلافيلانيك : 1/8

جدول A (لائحة A) جدول A (لائحة A)

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

احترموا الجرعات الموصدة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

85x68x55

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2300232112

N° : 5953 / 2023 du 11/02/2023

Nom patient	BOURFOUN FARAH	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
Radiographie de la main sous une inciden	1.00		180.00	180.00
Supplement pour incidence radiographique	1.00		50.00	50.00
			<i>Sous-Total</i>	530.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		2.88	2.88
			<i>Sous-Total</i>	2.88
Total Clinique				532.88

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT TRENTÉ-DEUX DIRHAMS QUATRE-VINGT-HUIT CENTIMES

Total **532.88**



2302111804070.

BOURFOUN FARAH

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 de la main sous une incidence	1	DR. AMALI
11/02/2023	Supplement pour incidence radiographique supplémentaire	1	DR. AMALI

*Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr. BERTUL AZIZ
Médecin chef de l'unité des urgences
10118734*



090063728

Nom du patient: BOURFOUN FARAH
Type d'examen: Radiographie de la main
Médecin traitant:

Date: 11/02/2023

:

Rx MAIN G FACE ET PROFIL

RESULTATS :

Doute sur un trait de fracture de la tête de P3 du 2^{ème} rayon vue sur une incidence de profil.

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr HABI

Dr HABI
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa