

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 : 2259 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMheoui AbdFkr

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 :

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(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23- 0004393

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 :

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 : 2259

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHM Aoudi ABDELLAH

Date de naissance : 22-06-1955

Adresse : 401 Lotissement ELWAFIA DELOUA

Tél. : 0663214804 Total des frais engagés : 833,00 Dhs



+217,20
=1050,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

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 : / / /

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
26/12/22	CS	300,00		<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	26/12/22	217,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	29/12/2022		533,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

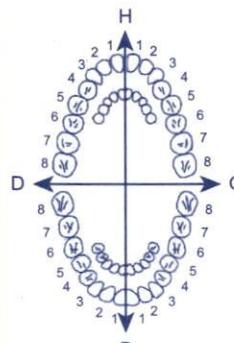
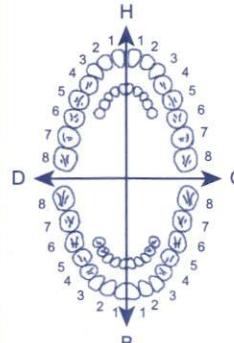
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000 35533411	G	<input type="text"/>
	D	00000000	B	<input type="text"/>
		00000000		<input type="text"/>
		11433553		<input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
<input type="text"/>				<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
<input type="text"/>				<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				<input type="text"/>

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 26/12/22

SATTIADIE BATEKHEUR

- 67 ans

- Comme diabétique et cardiaque.
- Hypothyroïdie.
- 1^{er} myelosarcome : pauvre.
- 2^{er} myelosarcome : pauvre avec.
tiree auas de & difficile à typé.

(lecteur de paue)

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Plastique
Tél. : 090063728

Assistant Chirurgien
Assistant TESSIR Rajaâ
Hématologie

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 26/12/22

SAH HACRI - Mohamed KALLEL

56.30

- Vit. D ~~eff~~

1 adep / seuu / polt le seuu.

(6.00)

- Franceskin ~~eff~~

1 C.P. x 215.

29 60.00

- A Bize

214101015332054

- 1 C.P le 1^{re} jcreu

€ 17,25 1/2 C.P 15 polt 5

ZINASKIN® 45 mg

EXP 12/2024
LOT 1806675

PPV 400DH90

20 comprimés effervescents
45x20x100
7

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

PPV: 56,30 DH
LOT: 22C07D
EXP: 03/2024

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

20

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 23B0000456

Date de naissance : 22/06/1955

Sexe : M

Date de l'examen : 16/02/2023

Prélevé le : 16/02/2023 à 14:49

Édité le : 14/03/2023 à 13:14

SAHMAOUI ABDELKRIM

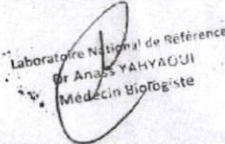
Dossier N° : 23023768K



Frottis riche montrant de rares mégacaryocytes. Il a été observé la présence de quelques amas de cellules d'allure extra-hématopoïétique. Résultat à compléter par une BOM et éventuellement un bilan étiologique pour déterminer la nature de ces cellules.

Le 14/03/2023 à 13:14
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS



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

1 / 1

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 22122912470602401 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200226017	SAHMAOUI ABDELKRIM	29/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004595	533.00
PAYANT	Total payé	533.00
CINQ CENT TREnte-TROIS MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : ES:HANAN

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Pédiatrie
43
90063795



مراكز التفديفات

SANS CONTACT



29/12/22 12:44:51
9900241549
92415401
HM6 LABORATOIRE
Bouskoura

A00000000041010
APP : DEBIT MASTERCARD
xxxxxxxxxxxxx9383
CARTE NATIONALE
F45289BEBF506D62
220-0-9999-1-55

MONTANT: 533,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007
NUM AUTORISATION: 213945
STAN : 004595

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 26/12/2012

N° : 0033237

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission : 2200225527

Montant : 300,00

Patient : S.A.H. NAOMI ABDELKRAM

Cachet

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200225527

F A C T U R E

N° **31 871 / 2022** du **26/12/2022**

Nom patient : **SAHMAOUI ABDELKRIM**

Entrée **26/12/2022**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **26/12/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation d'hematologie	1.00 K		300.00 Sous-Total	300.00 300.00
Total Frais Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300.00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300.00				300.00	0.00

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Oncologie
090063728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200226017

F A C T U R E

N° 32 362 / 2022 du 29/12/2022

Nom patient : **SAHMAOUI ABDELKRIM**

Entrée 29/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Relecture	1.00	B0410	533.00 Sous-Total	533.00 533.00
Total Frais Clinique				533.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT TRENTÉ-TROIS DIRHAMS

Total 533.00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	533.00	533.00	0.00

