

## 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

M23-004393

154952

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :


Nom & Prénom : SAMHANI AbdPhr

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 ADHERENT

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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0060677

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHMAOUI ABDELKIM

Date de naissance : 22-06-1955

Adresse : 401 Lotissement ELWASA DELAUA

Tél : 0663214804 Total des frais engagés : 833,00 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 : 1234567890

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) :

### 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.

**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
26/12/22		CS	309,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/12/22

217

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

29/12/2022

533,000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

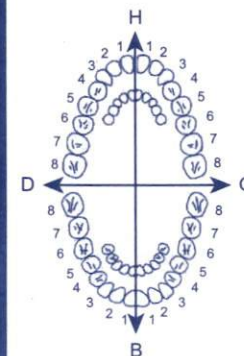
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	
B	

(Création, remont, adjonction)

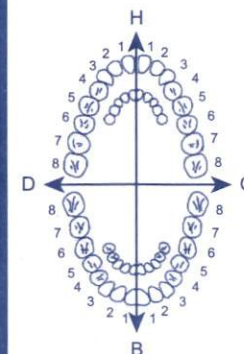
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 26/12/22

SATTAOUI ABDELKADER

- 67 ans
- connu diabétique et cardiaque.
- Hypertension.
- 1<sup>er</sup> mylogramme : pauvre.
- 2<sup>e</sup> mylogramme : pauvre avec  
une absence de 2 déficits à type.

(examen de pauvre)

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Centre de Diagnostic

090063728





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 26/12/22

SAH MAOUI . Bouskoura.

56.30

- Vit. D aarp  
1 aarp/seu palt 1 seu.

no. 90

- Zinastine cp eff  
1 cp x 2/7.

29 60.00

- A 800  
1 cp le 1<sup>er</sup> jour  
2 17.25 1/2 cp 17 palt 7

20

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

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

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

ZINASKIN<sup>®</sup> 45 mg

EXP 12/2024  
LOT 18066 75

PPV 40DH90

20 comprimés effervescents

45x20x100

7



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

Edité 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. YAHYAOUY ANASS

Laboratoire National de Référence  
Dr Anass YAHYAOUY  
Médecin Biologiste



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

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2212291247060240 / 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 Diagnostic  
06063725





مركز النقدیات

SANS CONTACT



29/12/22

12:44:51

9900241549

92415401

HM6 LABORATOIRE

Bouskoura

A00000000041010

APP : DEBIT MASTERCARD

xxxxxxxxxxxxxx9383

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 / 22

N° : 0033237

### QUITTANCE - PAIEMENT ESPÈCES

IPP : \_\_\_\_\_

N° d'admission : 2200225527

Montant : 300,00

Patient : SAH MAOU ABDELKRIM

Cachet

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
0033237

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPF - 09063728  
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 11 12



# 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
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'hématologie	1.00	K	300.00	300.00
			Sous-Total	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  
09006728

# 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
PRESTATIONS INTERNES				
Relecture	1.00	B0410	533.00	533.00
			Sous-Total	533.00
Total Frais Clinique				533.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ CENT TRENTE-TROIS DIRHAMS	Total 533.00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			533.00		533.00	0.00

