

## 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 des données à caractère personnel.

N° W21-792639

ASSASSO

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12618

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MISBAHI

ABDALLAH

Date de naissance :

19-08-1986

Adresse :

Résidence

Liens Park 170 khadra Sefel

Berrechid

0663.118.110

Total des frais engagés : 914,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18-03-2023

Nom et prénom du malade :

Age: 7ans

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 : 31-03-2023

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



31 MAR 2023

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/03/23        | cfps              | 1000                  | 1000                            | INP : <i>DR. KHALIL ALI</i>                                    |
| 20/03/23        | AMM               | 1000                  | 1000                            | <i>DR. KHALIL ALI</i>  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE CENTRALE<br>UNIVERSITAIRE BOUSSOUA<br>Ouled Ben Aymy Lamsaïha Boussoua<br>Nouaceur Casablanca<br>Tel: 05 22 59 23 15 | 18/03/23 | 144,90                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

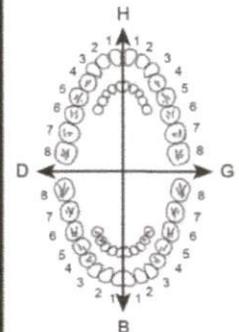
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

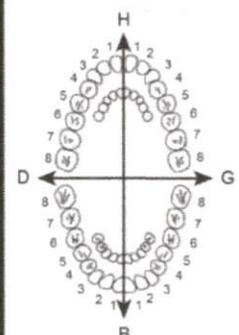
| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| B |          |          |

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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

ORDONNANCE

Bouskoura, le :



2300237076 / 2303182016010.

Prénom : NAYL

Nom : MISBAHI

DDN : 03/06/2015 E: 18/03/2023

Service : URGENCE (SO)

  
PAYANT  
Sexe: M

FLACYL 4%  
SUSP 500 ML 120 ML  
P.P.V: 32DH90  
LOT: 22E046  
PER: 09/2024

6 118000 060390

329 - Flacyl

2 C.c x 3 l + 8 l

15

NEOFORTAN 40 mg  
PPV 40DH00  
EXP 05/2025  
LOT 24045 3

400 - neofort x 3 l

15 x 3 l

RS

150 - lipofit -  
150(20) 150 l / 150 l / 150 l

Dr. Khalil Azzedine  
Pediatre  
INPE: CG1084640

200 - lact -  
lact - lact -

PPV: 24DH50  
PER: 10/24  
LOT: L3519

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : [www.hm6.ma](http://www.hm6.ma)

PHARMACIE L'ENTRE HÔPITAL  
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA  
Quartier Ben Arous Lamsalha - Bouskoura  
Casablanca  
Tel: 05 22 59 23 15

114,90

114,90

LOT L4011  
PER 12/25  
PPV 17DH50

Paracetamol  
Pediatrique  
Deli



230318201601O.

**MISBAHI NAYL**

**Admission du : samedi 18 mars 2023**

**Ordonnance**

(18/03/2023,18/03/2023) CONSULTATION \_SO\_ [DR. KHALIL AZZEDINE]

| Date<br>Prescription | Libelle                        | Qte | Praticien    |
|----------------------|--------------------------------|-----|--------------|
| 18/03/2023           | Echographie abdomino-pelvienne | 1   | DR KHALIL AZ |

*Dr. Khalil Azzedine  
Pediatre  
INPE : 091084640*



090063728

Nom du patient: NAYL MISBAHI

Date: 18/03/2023

Type d'examen:

:

Médecin traitant:

### **Échographie abdominopelvienne**

**Renseignements cliniques:** Douleurs abdominales.

#### **Résultats :**

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Tronc porte, veine cave inférieure et veines hépatiques de calibre normal.
- Vésicule biliaire à paroi fine, alithiasique.
- Voies biliaires intra et extra-hépatiques de calibre normal.
- Pancréas et rate sont sans anomalie échographique.
- Reins de taille et de situation normales, de contours réguliers, présentant une bonne différenciation parenchymo-sinusale.  
Absence de dilatation pyelo-calicielle.
- Vessie à paroi fine, de contenu trans-sonique.  
Méats urétéraux libres.
- Le balayage échographique de la fosse iliaque droite retrouve une sensibilité au passage de la sonde, avec un appendice de taille limite mesuré à 6 mm.
- Absence de signe indirect d'appendicite.
- Absence d'ADP intra-abdominale.
- Absence d'épanchement péritonéal.

#### **Au total :**

Echographie abdominopelvienne sans anomalie évolutive particulière.

Appendice de taille limite sans signe indirect d'appendicite. À confronter aux données clinico-biologiques.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr HABI J.

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300237076

F A C T U R E

N° 11 118 / 2023 du 18/03/2023

Nom patient : MISBAHI NAYL

Entrée 18/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/03/2023

|                                | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|--------------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i>    |        |            |               |               |
| Consultation de pediatrie      | 1,00   |            | 300,00        | 300,00        |
| Echographie abdomino-pelvienne | 1,00   |            | 500,00        | 500,00        |
|                                |        |            | Sous-Total    | 800,00        |
| <b>Total Frais Clinique</b>    |        |            |               | <b>800,00</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

**Total 800,00**

| Encaissements | Espèces |  |  |  | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
|               | 800,00  |  |  |  | 800,00         | 0,00  |

