

## 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 Anglè 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

N° W21-791821

158221

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533      Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : NASR NOUNA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0600643493      Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/2023

Nom et prénom du malade : NASR NOUNA      Age: .....

Lien de parenté :       Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance rénale chronique

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) :

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
14/04/2023	G		300,00	INP : 0911116727 

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

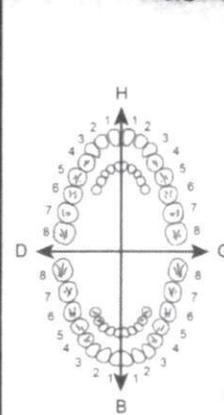
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/04/2023		360,00

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

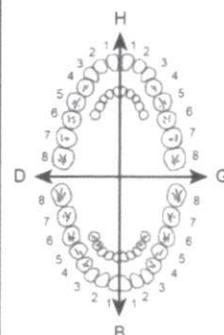
Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/04/23					500 DH

**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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession


COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

14/04/2023 Drme NASR MOUNA

36100  
Colcit 1000,

1 cp x 1 / j (S)

2H Ans Repet

PHARMACIE HOUCHE  
Dr. RAHAL  
Annexe: 521-28164  
05.20.630.111

092088962



# Cacit® 1000

Calcium

1000 mg



**Titulaire**  
THERAMEX IRELAND LIMITED  
KILMORE HOUSE, PARK LANE  
DUBLIN 1, D01 YEA4 IRLANDE

**Expéditeur**  
THERAMEX France SAS  
PLAISIR 01A LA VERGENSE, CENEX  
92411 PARIS LA VERGENSE, CEDEX  
AUSTRIQUE

**Fabricant**  
HEXELSS PHARMIA GmbH  
A-3400 VOUSERSBERG  
AUSTRIE

10 Comprimés  
effervescents

Voie orale



BOTTU SA  
PPV : 36 DH 00  
PER : 05/25  
LOT : 2050456

# Cacit® 1000

Calcium

1000 mg

**Mode d'administration :**  
Boire immédiatement après la dissolution  
complète du comprimé dans un grand verre d'eau.

**Composition en substance active pour un comprimé de 7 g :**

Carbonate de calcium ..... 2500 mg  
Exprimé en calcium élément ..... 1000 mg  
Excipient à effet notoire :  
Jaune orange S (E110), sorbitol

**Indications thérapeutiques :**

- Carences calciques (carence en calcium) notamment en période de croissance, de grossesse, d'allaitement.
- Traitement d'appoint des ostéoporoses ;
- sujet âgé, après la ménopause, sous corticoïde, d'immobilisation lors de la reprise de mobilité.

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**  
Lire la notice avant utilisation.  
Médicament non soumis à prescription médicale.

42x42x115  
6

# Cacit® 1000

Calcium

1000 mg



10 Comprimés  
effervescents

Voie orale



Calcium  
**Cacit® 1000**  
1000 mg

10 Comprimés  
effervescents

# Cacit® 1000

Calcium

1000 mg



Ce médicament doit être conservé  
à l'abri de l'humidité.  
Le tube doit être refermé soigneusement  
après chaque utilisation.

# Cacit® 1000

Calcium

10 Comprimés effervescents



01.19  
100120

DEMCO

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

14/04/2023 Ume NASR TAANA

IR d'alleu Pumpu

Echographie abdomo pelu

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service Imagerie Médicale

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Agrégé EL OUBRY Mohamed  
Unité de Radiologie et Transcription Génale  
Tél : 33 33 11 76 72 7



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

Nom du patient: NASR MOUNA  
Type d'examen: Echographie abdominopelvienne

Date: 15/04/2023

**Renseignements cliniques:** bilan d'une insuffisance rénale.

**Résultats :**

- **Reins de taille et de situation normales, de contours légèrement bosselés, présentant une bonne différenciation cortico-médullaire mais cortex rénal légèrement hyperéchogène par rapport au foie, sans dilatation pyélo-calicielle ni image lithiasique ni lésion focale évidente.**
- 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.
- Vessie à paroi fine, de contenu trans-sonique.
- Utérus de taille normale, à contours réguliers et d'échostructure homogène.  
La ligne de vacuité est fine.
- Ovaire droit sans anomalie
- Ovaire gauche non vue (réplétion vésicale insuffisante)
- Absence de masse latéro-utérine.
- Absence d'ADP intra-abdominale.
- Absence d'épanchement péritonéal.

**Au total :**

Echographie abdomino-pelvienne sans particularité en dehors d'un aspect échogène du cortex rénal, à confronter aux données biologiques.

En vous remerciant de votre confiance

**Signé : Pr A. RAMI**

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service Imagerie Médicale

Hôpital Universitaire International Chikh Khalifa  
Professeur Agrégé RAMI AMAL  
Radiologie  
0911881356

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300240441

## F A C T U R E

N° 14.516 / 2023 du 15/04/2023

Nom patient : **NASR MOUNA**

Entrée 15/04/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Echographie abdomino-pelvienne	1,00	K	500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 500,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2304151145050140. / 1 / 1.099

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300240441	NASR MOUNA	15/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		100,00
PAYANT	<b>Total payé</b>	<b>100,00</b>
CENT DIRHAMS		

Reçu établi par : N.HAKIMA

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2304151033180140 / 1 / 1.096

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300240441	NASR MOUNA	15/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		400,00
PAYANT	Total payé	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : N.HAKIMA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 14/04/2023

**BILLET D'ADMISSION**

N° admission	 2300670516
Nom patient	NASR MOUNA
Médecin	DR. EL OURY HIBA
Motif	CONSULTATION DE NEPH
Encaissement	300,00

*Visa accueil*  
BAS.LAZ 11:39

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**F A C T U R E**

N° 53 687 / 2023 du 14/04/2023

Nom patient : **NASR MOUNA**

Entrée 14/04/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE NEPHROLOGIE	1,00		300,00	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>			Sous-Total	300,00
				<b>300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total 300,00</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00





مركز المعلومات

## ACHAT )))

15/04/23

10:36:49

9900240830

92408303

**HM6 BAF CENTRALE**

Bouskoura

A0000000031010

\*\*\*\*\*5410

VISA

CARTE LOCALE

226-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**400,00 MAD**

Num Transaction

: 001

Num Autorisation

: 881758

STAN

: 001096

---

TICKET CLIENT



مركز النقديات

**ACHAT )))**

15/04/23

11:48:44

9900240830

92408303

**HM6 BAF CENTRALE**

Bouskoura

A0000000031010

\*\*\*\*\*5410

VISA

CARTE LOCALE

226-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**100,00 MAD**

Num Transaction

: 004

Num Autorisation

: 353152

STAN

: 001099

---

TICKET CLIENT