

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2994 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHYD Aicha

Date de naissance :

01/01/1947

Adresse :

N° 74 med on est Fesif Hay el meyle Nouasseur

Tél. : 06.6.2.52.37.00 Total des frais engagés : 3815,35 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/05/2023

Nom et prénom du malade : CHAHYD AICHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : douleur Abdominale Diffuse

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 : Bouskoura

Signature de l'adhérent(e) : OKHAYD Le : 06/05/2023



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/05/23        | Var le fesse      | 171.90                | 3441,40                         | Dr. International Mohammed Imane                               |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE CENTRE HOSPITALO<br>UNIVERSITAIRE BOUSKOURA                              | 06/05/23 | 222,00                |
| uled Ben Amar Limsalha - Bouskoura<br>1 Nouaceur Casablanca<br>tel: 05 22 59 22 15 | 06/05/23 | 151,90                |
| PHARMACIE CENTRE HOSPITALO<br>UNIVERSITAIRE BOUSKOURA                              |          |                       |
| uled Ben Amar Limsalha - Bouskoura<br>1 Nouaceur Casablanca<br>tel: 05 22 59 22 15 |          |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## 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 canalaires, 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                                   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX                           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             | DATE DU DEVIS                                     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION                               |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                |                  |             | H   | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |  |
| H   | 25533412       | 21433552         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| D   | 00000000       | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| B   | 00000000       | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| G   | 35533411       | 11433553         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |                |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

06/03/23



Amel

CHATHY'S

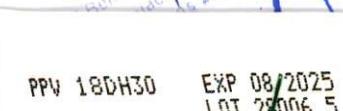
Aicha



1/ AlogaTA forte 4P  
Aepsa 36.0.5



2/ Chlofuran 500P  
1 can x 3L



3/ Andsol CP 1L  
20/10



4/ Osta 3L CP 10  
10/10



20 0

ENF

00000031010

P : Visa

AMLOUKI /HASS.

xxxxxxxxxxxxx5009

06/23 CARTE NATIONAL

C9B8D06077F5BA8E

620-0-9999-1-44

MONTANT: 3038,00 ₡

NUM TRANSACTION : 017

NUM AUTORISATION: 006 21

STAN

004711



Le CMI vous remercie  
TICKET A CONSERVER  
• COPIE CLIENT



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 06/05/2023

2300243048 / 230506202234Y.

Prénom : AICHA

Nom : CHAHYD

DDN : 01/01/1947 E: 06/05/2023

Service : URGENCE (SO)

  
PAYANT  
Sexe: F

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr EL HAJJAM Inane  
Médecin Urgentiste  
061303699



1/ Augmentin 16:

sachet x 3 /jou, 08 jours

Le attentivement avant emploi.  
كيس... في اليوم يتغذى من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPV: 222,00 DH  
LOT: 651330  
PER: 12/24

  
Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline



Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr EL HAJJAM Inane  
Médecin Urgentiste  
061303699



230506202234Y.

**CHAHYD AICHA**

**Admission du : samedi 06 mai 2023**

**Ordonnance**

(06/05/2023,06/05/2023) CONSULTATION \_SO\_ [DR. EL HAJJAM IMANE]

| Date Prescription | Libelle                                  | Qte | Praticien          |
|-------------------|--|-----|--------------------|
| 06/05/2023        | Consultation exclusive d'urgentiste      | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | Electrocardiogramme (ECG) 12 derivations | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | Consultation de chirurgie viscérale      | 1   | PR BENSAAD AHMED   |
|                   |  |     |                    |

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr EL HAJJAM Imane  
Médecin Urgentiste  
061333699



090063728



230506202234Y.

**CHAHYD AICHA**

**Admission du : samedi 06 mai 2023**

**Ordonnance**

(06/05/2023,06/05/2023) CONSULTATION \_SO\_ [DR. EL HAJJAM IMANE]

| Date Prescription | Libelle  | Qte | Praticien          |
|-------------------|--|-----|--------------------|
| 06/05/2023        | Transaminases SGOT/ASAT                        | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | Creatinine sanguine                            | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | Transaminases SGPT/ALAT.                       | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | Lipase   | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | Proteine C reactive - CRP                      | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | Ionogramme (NA K CL RA PT CA)                  | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | NFS - Numeration formule sanguine + plaquettes | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | Uree   | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
| 06/05/2023        | Troponine I ultrasensible                      | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |

  
 Dr. EL HAJJAM Imane  
 Médecin urgentiste  
 061303699



090063728

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

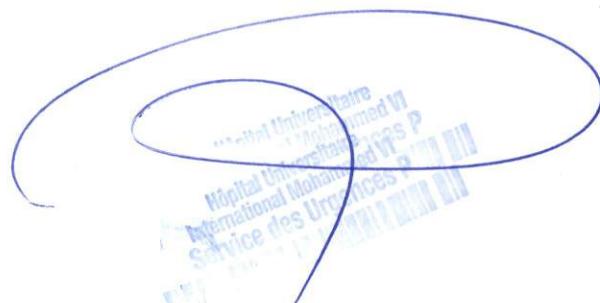
2300243048

N° : 17121 / 2023 du 06/05/2023

|             |              |        |            |
|-------------|--------------|--------|------------|
| Nom patient | CHAHYD AICHA | Entrée | 06/05/2023 |
|             | PAYANTS      | Sortie | 06/05/2023 |

| Désignation des prestations              | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire         | Montant         |
|--|--------|------------|-----------------------|-----------------|
| Consultation initiale d'urgentiste       | 1.00   | K          | 300.00                | 300.00          |
| Transaminases SGPT/ALAT                  | 1.00   |            | 60.00                 | 60.00           |
| Ionogramme (NA K CL RA PT CA)            | 1.00   |            | 120.00                | 120.00          |
| NFS - Numération formule sanguine + plaq | 1.00   |            | 96.00                 | 96.00           |
| Proteine C reactive - CRP                | 1.00   |            | 120.00                | 120.00          |
| Uree                                     | 1.00   |            | 36.00                 | 36.00           |
| Creatinine sanguine                      | 1.00   |            | 36.00                 | 36.00           |
| Transaminases SGOT/ASAT                  | 1.00   |            | 60.00                 | 60.00           |
| Lipase                                   | 1.00   |            | 120.00                | 120.00          |
| Troponine I ultrasensible                | 1.00   |            | 300.00                | 300.00          |
| Test Antigénique                         | 1.00   |            | 190.00                | 190.00          |
| Electrocardiogramme (ECG) à 12 derivatio | 1.00   |            | 100.00                | 100.00          |
| Scanner abdominal                        | 1.00   |            | 1 500.00              | 1 500.00        |
|  |        |            | <i>Sous-Total</i>     | <i>3 038.00</i> |
| PHARMACIE (en sus)                       | 1.00   |            | 403.45                | 403.45          |
|  |        |            | <i>Sous-Total</i>     | <i>403.45</i>   |
|  |        |            | <b>Total Clinique</b> | <b>3 441.45</b> |

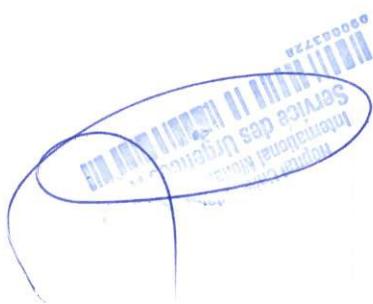
|   |              |                 |
|---|--------------|-----------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :                           |              |                 |
| TROIS MILLE QUATRE CENT QUARANTE ET UN DIRHAMS QUARANTE-CINQ CENTIMES |              |                 |
|   | <b>Total</b> | <b>3 441.45</b> |



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

06/05/2023  
22:40

| Nom Patient  | Numéro dossier                             |        |          |            |                               |
|--------------|--|--------|----------|------------|-------------------------------|
| CHAHYD AICHA | 2300243048                                 |        |          |            |                               |
| Date         | Produit consommé                           | N° BS  | Quantité | Prix Unit. | Total                         |
| 06/05/2023   | PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)         | 0      | 1,00     | 14.08      | 14.08                         |
| 06/05/2023   | CLOPRAZINE 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJECT | 0      | 1,00     | 1.39       | 1.39                          |
| 06/05/2023   | OMEPRAZOLE NORMON 40 MG 40MG INJECTA (0    | 0      | 1,00     | 29.90      | 29.90                         |
| 06/05/2023   | INTRANULE G 20                             | 0      | 1,00     | 1.60       | 1.60                          |
| 06/05/2023   | SERINGUE 10ML                              | 0      | 1,00     | 0.94       | 0.94                          |
| 06/05/2023   | PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET             | 0      | 1,00     | 5.86       | 5.86                          |
| 06/05/2023   | COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5          | 0      | 1,00     | 1.44       | 1.44                          |
| 06/05/2023   | NO-SPA 40MG/2ML SOLUT INJECTA (05)         | 0      | 2,00     | 4.00       | 8.00                          |
| 06/05/2023   | VISIPAQUE 320 MG I/ML SO 320MG INJECTA (   | 122323 | 1,00     | 334.00     | 334.00                        |
| 06/05/2023   | PROLONGATEUR EN PVC 1.5MMX1.50             | 122323 | 1,00     | 6.24       | 6.24                          |
|              |  |        |          |            | <b>Total pharmacie 403.45</b> |





230506202234Y.

**CHAHYD AICHA**

**Admission du : samedi 06 mai 2023**

**Ordonnance**

(06/05/2023,06/05/2023) CONSULTATION \_SO\_ [DR. EL HAJJAM IMANE]

| Date Prescription | Libelle   | Qte | Praticien          |
|-------------------|---|-----|--------------------|
| 06/05/2023        | Scanner abdominal   | 1   | DR EL HAJJAM IMANE |
|                   |  |     |                    |



090063728



## HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: CHAHYD AICHA

Date: 06/05/2023

Type d'examen: Scanner abdominal

:

Médecin traitant:

### **TDM ABDOMINALE**

**INDICATION :** ATCD cure d'hernie, vomissements.

**TECHNIQUE :** Acquisition hélicoïdale sur le thorax, l'abdomen et le pelvis après injection de produit de contraste iodé au temps portal.

#### **RÉSULTATS :**

- Foie de taille et de morphologie normales, stéatosique sans lésion focale.
- Absence de dilatation des voies biliaire intra-ou extra hépatiques.
- Vésicule biliaire de volume normal, à paroi fine alithiasique confirmée sur le complément échographique.
- Absence d'anomalie porto-sus-hépatique.
- Pancréas, reins, surrénales et rate sans anomalie.
- Aorte de calibre normal et régulier, sans portion anévrismale.
- Absence d'épaississement digestif suspect ou de niveaux hydro aériques.
- Défaut sus ombilicale de 44 mm sans signe d'engouement herniaire.
- Absence d'ADP ou d'épanchement intra-péritonéal.
- FID libre
- Vessie en réplétion à paroi fine.
- Absence de syndrome de masse pelvien.
- Absence lésion osseuse d'allure suspecte.
- Sur les coupes hautes basi thoraciques hernie hiatale mixte type 3.

#### **CONCLUSION :**

- **Hernie hiatale mixte type 3.**
- **Reste de l'examen sans particularité.**

Confraternellement,

Dr LAFHEL S.

  
Dr. SARAH LAFHEL  
RADIOLOGUE

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2305062049151980 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2300243048       | CHAHYD AICHA   | 06/05/2023        |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| CarteB        | 4711                   | 3 038.00    |
| PAYANT        | Total payé             | 3 038.00    |

TROIS MILLE TRENTE-HUIT MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Reçu établi par : Y.AYYAD

990002744  
SERVITÈRE DES LIBÉRAISSES  
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Identifiant du patient : 230506202234Y.

Date de naissance : 01/01/1947

Sexe : F

Date de l'examen : 06/05/2023

Prélevé le : 06/05/2023 à 19:56

Édité le : 08/05/2023 à 10:22

**CHAHYD AICHA**

Dossier N° : 23050393

DR. EL HAJJAM IMANE

Docteur NULL



## BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 20.0 mg/l < 5

(Sang, spectrophotométrie d'absorption,  
Architect)

Domaine de référence consensuel pour les adultes : < 5 mg/L (IFCC/CRM 470)  
Domaines de référence 5-95 % chez les nouveau-nés et les enfants :

Nouveau-nés (0 à 3 sem.) : 0,1-4,1 mg/L

Enfants (2 mois à 15 ans) : 0,1-2,8 mg/L

L'important est le contrôle de l'évolution de la concentration en CRP au cours du processus pathologique aigu.

URÉE : 0.20 g/L 0.17 - 0.49

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Abbott)

CRÉATININE SANGUINE : 6.8 mg/L 5.1 - 9.5

(Sang, enzymologie, Abbott)

## IONOGRAMME

SODIUM (Na<sup>+</sup>) : 140 mmol/L 136 - 145

(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Architect)

POTASSIUM (K<sup>+</sup>) : 3.6 mmol/L 3.5 - 5.1

(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Architect)

CHLORURES (Cl<sup>-</sup>) : 103 mmol/L 98 - 107

(Sang, potentiométrie, ISE indirect,  
Architect)

RÉSERVE ALCALINE : 24.0 mmol/L 22 - 29

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Biuret)

PROTEINES TOTALES : 75 g/L 64 - 83

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Biuret,  
Architect)

Le 08/05/2023 à 10:22

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste  
Laboratoire National de Référence



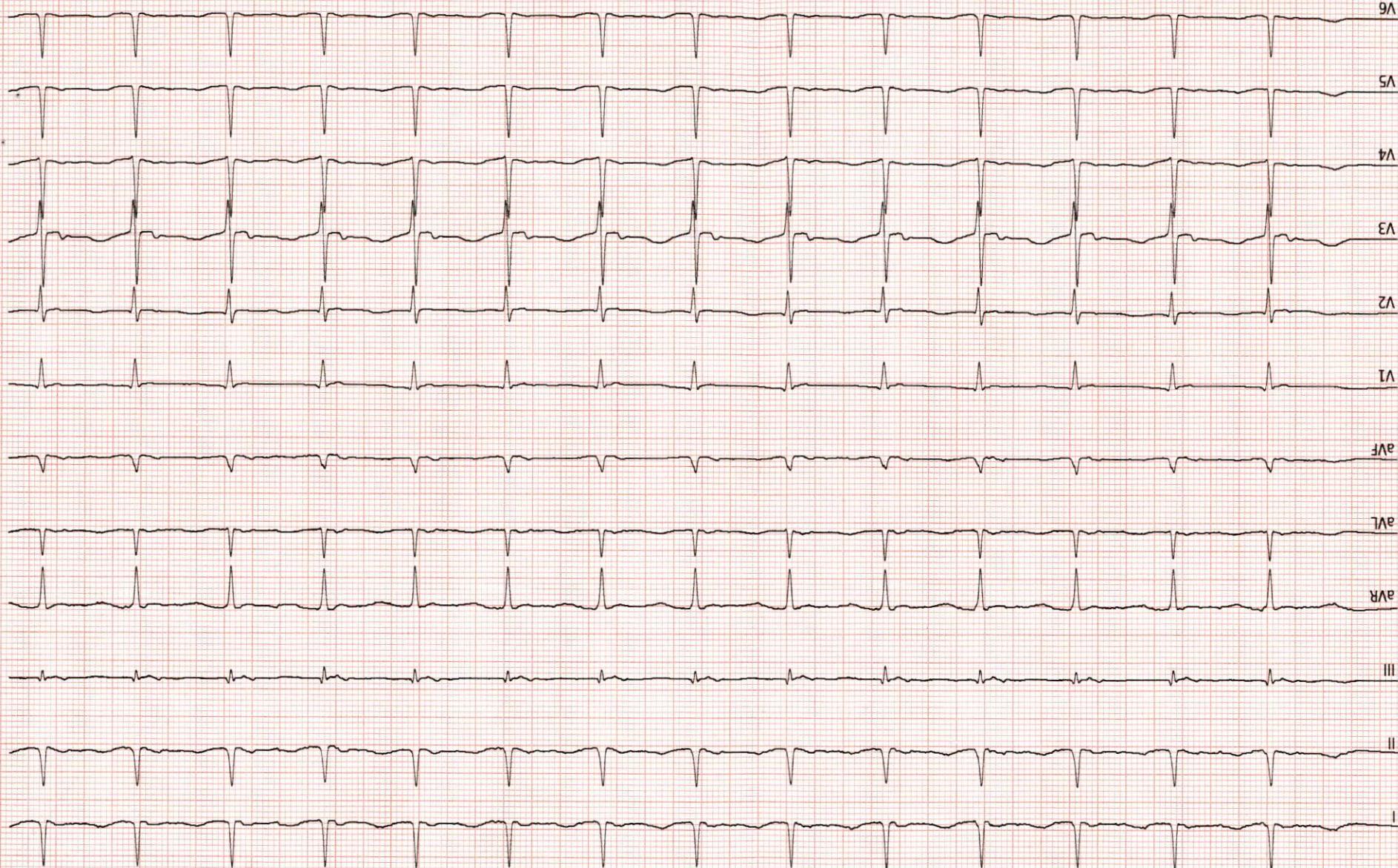
**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca.

Tél : +212 529 050 233, Courriel : contact@lnr.ma, Site web : www.lnr.ma

PARTENAIRE DU GROUPE 

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



\*RAPPORT NON CONFIRME\*

FC: 88 bpm  
PR: 152 ms  
Sok-Lyon: 1.08/0.52 mV  
Axes: 33/24/36°

QRS: 76 ms  
QT/QTc: 343 ms  
QTcB: 368 ms  
QTcF: 345 ms

06/05/2023 20:42:31

PAYANT  
H

Service: URGENCE (SO)  
Nom: CHAHYD  
DDN: 01/01/1947 E: 06/05/2023  
Sexe: F



Technicien :  
Commentaires :



2300243048 / 230506202234Y.

Prénom : AICHA

Nom : CHAHYD

DDN : 01/01/1947 E: 06/05/2023

Service : URGENCE (SO)



Commentaires :

06/05/2023 20:42:04

FC: 86 bpm

PR: 148 ms

QRS: 84 ms

QT/QTcH: 380/426 ms

QTcB: 455 ms

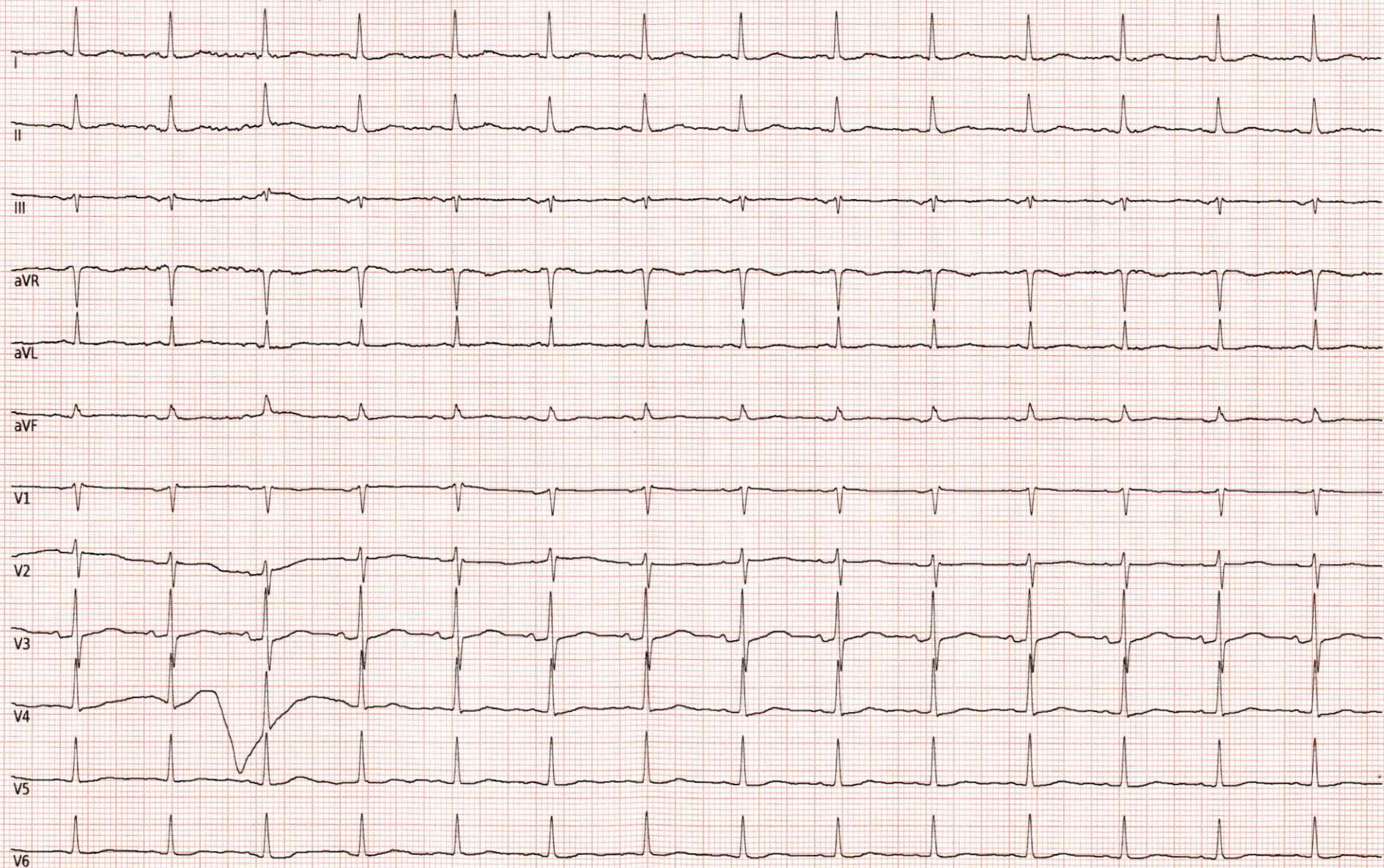
QTcF: 428 ms

Rv5-6/Sv1 : 1.07/0.51 mV

Sok-Lyon : 1.58 mV

Axe: 25/24/38 °

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 06/06/2023

N° : 0044917

## QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission :

Montant :

403,45 Dhs

Patient :

CHAHYA AICRA

Cachet