

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 |

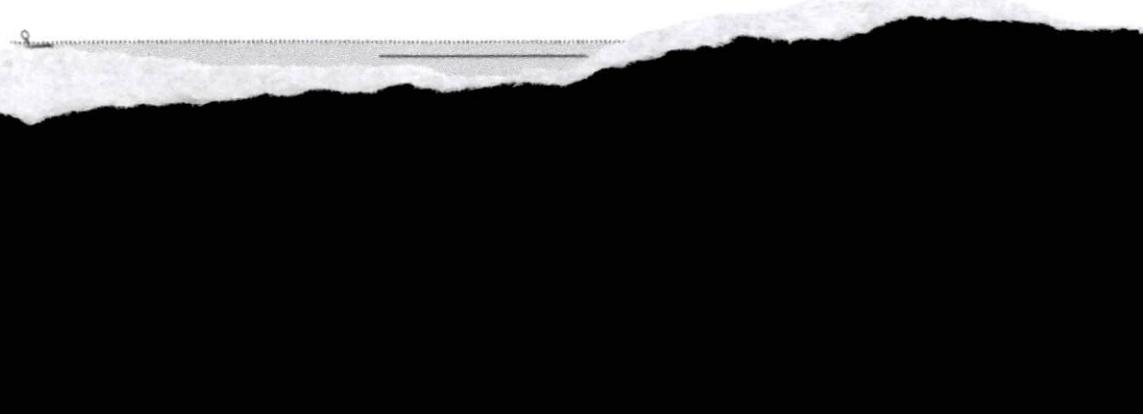
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-809719

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 12299 | Société : | RAN |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | A 62782 |
| Nom & Prénom : Julie BIDAS | | | |
| Date de naissance : 02/01/1985 | | | |
| Adresse : Résidence Les 3 GOLFS VL BZ 2 | | | |
| Tél. : 0661690535 | Total des frais engagés : Dhs | | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : / / | | | |
| Nom et prénom du malade : Age: | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> 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 : CASA
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 10/07/2023



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relèvent de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1628176

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : A. Z. Z. G.

Matricule : Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BIDAS Jilane Age 11

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 22/6/2023

Nature de la maladie : Carence mentale

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Bourgogne 22/6/2023 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1628176 MUPRAS

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/06/23 | | CS | 300,00 | |
| 06/07/23 | Resfusion | | 187,00 DT | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

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 : 22/6/2023

Mr - BIDAS Jiloue

NFS + Rp

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Assistant Enseignant
Technicien en Biologie Médicale
090063728

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Prélèvement
090063728



Bouskoura, le :

ORDONNANCE
6/7/2023

Ridae Jilani

Fer inject

Perfusion de 500 mg

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Assistan SENDARI MOUNIA
Néurologie
091187807

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2300252422

N° : 26785 / 2023 du 06/07/2023

| | | | |
|-------------|---------------------|--------|------------|
| Nom patient | BIDAS JIHANE | Entrée | 06/07/2023 |
| | PAYANTS | Sortie | 06/07/2023 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|-------------------|-----------------|
| Perfusion | 1,00 | | 700,00 | 700,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 700,00 |
| PHARMACIE (en sus) | 1,00 | | 1 172,20 | 1 172,20 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 1 172,20 |
| Total Clinique | | | | 1 872,20 |

| | | |
|---|--------------|-----------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 1 872,20 |
| MILLE HUIT CENT SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS VINGT CENTIMES | | |

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Oujda
0900252422



مرصد التقنيات

ACHAT

06/07/23 12:39:54

9900241200 92412002

HM6 IMAGERIE

Bouskoura

A0000000031010

*****6444 VISA

CARTE LOCALE 220-0-9999-1-44

MONTANT : 1872,20 MAD

Num Transaction : 002

Num Autorisation : 864408

STAN : 001475

TICKET CLIENT

CMI

النقدية

SANS CONTACT

22/06/23

03

9900241549

92415401

HM6 LABORATOIRE

Bouskoura

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxx6444

CARTE NATIONALE

D334B31AB4A9A0FA

220-0-9999-1-44

MONTANT : 96,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION : 359980

STAN : 006061

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER



03/07/2023

COMPTE RENDU

Je soussigné Pr

Certifie Mme/Mr

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Mohammed VI de

Bouskoura dans le cadre de la prise en charge d'une anémie

lentigine réfractaire au traitement
per os. admise pour fer injectable.

la perfusion s'est déroulée sans incident.
Patiènte a reprise en consultation dans
les mois avec bonheur.

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que droit.



ANNEXE PHARMACIE

| Nom patient : BIDAS JIHANE | N° Facture | 26 785 | 2300252422 |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|
| Produit | Quantité | Prix Unitair | Montant |
| ANDOL 1G INJECTABLE BOIT 1G INJECTA (01) | 1 | 18,80 | 18,80 |
| CHLORURE DE SODIUM 0,250 INJECTA (01) | 2 | 13,10 | 26,20 |
| FERINJECT 50 MG / ML INJECTA (01) | 1 | 1 102,00 | 1 102,00 |
| SOLUMEDROL 120 MG/2ML INJECTABLE 1 FLACO | 1 | 36,00 | 36,00 |
| TARAXET 25MG COMPRIME (3 25MG COMPRIM (3 | 1 | 15,40 | 15,40 |
| Sous-Total médicaments | | | 1 198,40 |
| AIGUILLE P. INJECTIONS G18 | 1 | 0,27 | 0,27 |
| INTRANULE G 20 | 1 | 1,60 | 1,60 |
| PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET | 1 | 2,44 | 2,44 |
| SERINGUE 10ML | 2 | 0,94 | 1,88 |
| Sous-Total consommable médical | | | 6,19 |
| Total pharmacie | | | 1 204,59 |

Capital International
 International Mohamed
 Oncologie
 09093778

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

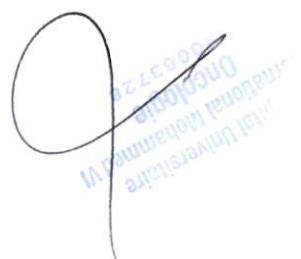
2300250745

N° : **24941 / 2023** du **22/06/2023**

| | | | |
|-------------|---------------------|--------|-------------------|
| Nom patient | BIDAS JIHANE | Entrée | 22/06/2023 |
| | PAYANTS | Sortie | 22/06/2023 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| Consultation d'hematologie | 1,00 | K | 300,00 | 300,00 |
| Total Clinique | | | | 300,00 |

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



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Bidas Jihane'. A faint, diagonal watermark-like text is visible behind the signature, reading 'Hôpital Universitaire International Mohammed VI' and '200637291'.

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300250753

F A C T U R E

N° 24 948 / 2023 du 22/06/2023

Nom patient : BIDAS JIHANE

Entrée 22/06/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/06/2023

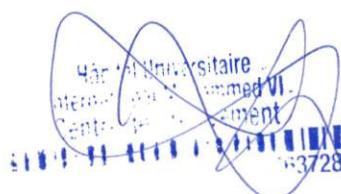
| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|---------------------|----------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| NFS - Numeration formule sanguine + plaquettes | 1.00 | B0080 | 96.00 Sous-Total | 96.00 96.00 |
| Total Frais Clinique | | | | 96.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS

Total 96.00

| Encaissements | Carte Bq | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|----------------|-------|
| | 96.00 | 96.00 | 0.00 |



CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 23062209511102401 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2300250753 | BIDAS JIHANE | 22/06/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 006061 | 96.00 |
| PAYANT | Total payé | 96.00 |

QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Reçu établi par : ES.HANAN

Hopital universitaire
international Mohammed VI
Centre de Paiement
H00063728



Identifiant du patient : 210924095836KA

Date de naissance : 02/01/1985

Sexe : F

Date de l'examen : 22/06/2023

Prélevé le : 22/06/2023 à 10:01

Édité le : 22/06/2023 à 12:42

BIDAS JIHANE

Dossier N° : 23061447

Docteur PR. BENDARI MOUNIA NULL

Service : PRELEVEMENT



NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, Impédancemétrie, cytométrie de flux et photométrie, Sysmex XN)

Numération globulaire

| | | | | | |
|-------------|---|------|---------------------|-------------|--|
| Hématies | : | 4.74 | 10 ¹² /l | 3.8 - 5.9 | 4.99 10 ¹² /l (12/11/2022) |
| Hémoglobine | : | 14.2 | g/dl | 11.5 - 17.5 | 15.1 g/dl (12/11/2022) |
| Hématocrite | : | 42.4 | % | 34 - 53 | 43.9 % (12/11/2022) |
| VGM | : | 89.5 | fl | 76 - 96 | 88.0 fl (12/11/2022) |
| CCMH | : | 33.5 | g/dl | 31 - 36 | 34.4 g/dl (12/11/2022) |
| TCMH | : | 30.0 | pg | 24.4 - 34.0 | 30.3 pg (12/11/2022) |

Formule leucocytaire

| | | | | | |
|-----------------|---|------|----------------------------------|---|---|
| Leucocytes | : | 5.57 | 10 ³ /mm ³ | 3.8 - 11.0 | 7.81 10 ³ /mm ³ (12/11/2022) |
| P. Neutrophiles | : | 45.3 | % | 2.5 10 ³ /mm ³ 1.4 - 7.7 | 66.2 % (12/11/2022) |
| P. Eosinophiles | : | 2.0 | % | 0.11 10 ³ /mm ³ 0.02 - 0.58 | 2.2 % (12/11/2022) |
| P. Basophiles | : | 0.9 | % | 0.05 10 ³ /mm ³ < 0.11 | 0.6 % (12/11/2022) |
| Lymphocytes | : | 41.7 | % | 2.32 10 ³ /mm ³ 1.0 - 4.8 | 18.3 % (12/11/2022) |
| Monocytes | : | 10.1 | % | 0.56 10 ³ /mm ³ 0.15 - 1.00 | 12.7 % (12/11/2022) |

Numération plaquettaire

| | | | | | |
|------------|---|-----|----------------------------------|-----------|--|
| Plaquettes | : | 164 | 10 ³ /mm ³ | 150 - 445 | 149 10 ³ /mm ³ (12/11/2022) |
|------------|---|-----|----------------------------------|-----------|--|

Le 22/06/2023 à 12:42
Signature

Dr. OUSTI Fadwa
Dr. Fadwa OUSTI
Médecin Biologiste
Laboratoire National de Référence



Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taïeb 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 INOVIE

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.