

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1651 Société : 186119

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AMINE Abderrahmane

Date de naissance : 24-10-1949

Adresse : 122 lot EL FATH II SIDI MAAROUF CARA

Tél. : 066.131.20.72 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 : Kyste mucosé de l'œil

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 : CASA Le : 10/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



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
20/11/28	CS Hôpital Universitaire International Mohammed VI Consultations Adultes		300,00	

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
00 1235135	10.11.23	VTF	22000.00 DH Hôpital Universitaire Pr. Assistance Radiologique Signature

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction] tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



10/12/23

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

TT^e Amine Abderrahmane

cher(e) collègue,

permettez moi de vous addresser

TT^e Amine Abderrahmane qui

présente une lésion péri-angéi

du 2^{me} doigt gauche.

Kyste mucoïde ?

Autre tumeur de type ?

*Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale*

pourriez-vous préciser la localisation
et la préciser ses extensions

reçu

cordialement



HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: ABDERRAHMANE AMINE

Date: 10/11/2023

Type d'examen: IRM de la main

:

Médecin traitant:

IRM de la main

Technique :

T1 axiale et coronale

3D T2*.

Séquence DPFS axiale et coronale.

Séquence T1 FS après injection de Gadolinium.

Résultats :

- Présence d'une lésion sous cutanée rétro unguéale du deuxième rayon, ovalaire, en hyposignal T1 hypersignal T2 et DP, non rehaussée après injection du Gadolinium. Cette lésion mesure 7 x 2 x 5 mm.
- Absence d'anomalie des parties molles de voisinage.
- Structures osseuses de signal conservé.
- Les structures musculaires et ligamentaires sont d'aspect normal.
- Absence d'anomalie des parties molles.
- Absence d'épanchement articulaire.

Au total :

- ✓ Lésion sous cutanée rétro-unguéale du 2^{ème} rayon évoquant un kyste mucoïde.

Bien à vous,

Dr DEHBI S

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant HUIM6
Rabat, Maroc
00123456789

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 www.hm6.ma

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300275060

F A C T U R E

N° 49 631 / 2023 du 10/11/2023

Nom patient : **AMINE ABDERRAHMANE**

Entrée 10/11/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
IRM de la main	1.00	K	2 200.00 Sous-Total	2 200.00 2 200.00
Total Frais Clinique				2 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 2 200.00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	2 200.00	2 200.00	0.00

Nôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300275056

F A C T U R E

Nº 49 626 / 2023 du 10/11/2023

Nom patient : **AMINE ABDERRAHMANE**

Entrée 10/11/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de dermatologie	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 23111016313025001 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300275060	AMINE ABDERRAHMANE	10/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005478	2 200.00
PAYANT	Total payé	2 200.00
DEUX MILLE DEUX CENTS D <i>MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI</i>		

Reçu établi par : E.SMAHAN

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

Reçu de caisse

Méd'HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 23111016214429101 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300275056	AMINE ABDERRAHMANE	10/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6229	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : S.AHMIN

030963723
Institutions Adhésives
International Mohammed VI
Hôpital Universitaire



10/11/23 16:25:12
9900241200
92412001
HM6 IMAGERIE
Bouskoura

A0000000041010
APP : MASTERCARD
AMINE ABDERRAHMANE
xxxxxxxxxxxx2469
06/27 CARTE NATIONALE
F007C497C07E6A98
220-0-9999-1-55

MONTANT: 2200,00 MAD
NUM TRANSACTION : 007
NUM AUTORISATION: OB6403
STAN : 005478

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



10/11/23 16:18:03
9900240871
92408701
HM6 CONSULTATION AD
Bouskoura

A0000000041010
APP : MASTERCARD
AMINE ABDELLAHMANE
xxxxxxxxxxxx2469
06/27 CARTE NATIONALE
8582EDB72BB52A74
220-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 008
NUM AUTORISATION: 0U1595
STAN : 006229

DEBIT

Le CMI vous remercie

**TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT**