

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0027958

☐ 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 CABA
Tél. : 0661312072 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 mucoïde de l'ovaire

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 : CABA Le : 11/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Angle 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

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

10/11/23 CS 300 DH

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Consultations Adultes

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

10/11/23 VIF 2200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

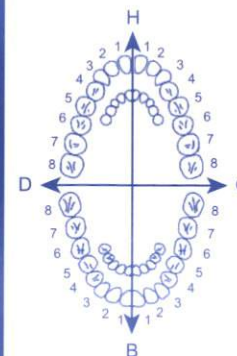
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

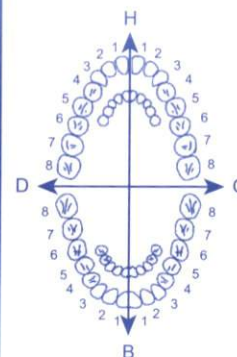
FIN D'EXECUTION

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

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



no 142123

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

TTE Amine Abderahmane

Cher(e) collègue,

permettez moi de vous adresser

TTE Amine Abderahmane qui

présente une lésion peri-unguéri-

du 2^{ème} doigt gauche.

Kyste mucoide ?

Autre tumeur benigne ?

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale

prête de nous linker la lésin
et de préciser ses extrêmes

reçu

admis



HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: ABDERRAHMANE AMINE
Type d'examen: IRM de la main
Médecin traitant:

Date: 10/11/2023
:

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, ovulaire, 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 DEHBIS



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	2 200.00
			Sous-Total	2 200.00
Total Frais Clinique				2 200.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	Total 2 200.00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			2 200.00		2 200.00	0.00

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300275056

F A C T U R E

N° 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	300,00
			Sous-Total	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



Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2311101631302500 / 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 DMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : E.SMAHAN

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2311101621442910 / 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.AHMINE





مركز النقديات

10/11/23

16:25:12

9900241200

92412001

HM6 IMAGERIE

Bouskoura

A00000000041010

APP : MASTERCARD

AMINE ABDERRAHMANE

xxxxxxxxxxxxxx2469

06/27 CARTE NATIONALE

F007C497C07E6A98

220-0-9999-1-55

MONTANT: 2200,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTORISATION: 0B6403

STAN : 005478

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



مركز الدفعات

10/11/23

16:18:03

9900240871

92408701

HM6 CONSULTATION AD

Bouskoura

A00000000041010

APP : MASTERCARD

AMINE ABDERRAHMANE

xxxxxxxxxxxxx2469

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