

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

- 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



Déclaration de Maladie : N° S19-0049966

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11951 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARISS HASSANE Date de naissance : 01/03/78

Adresse :

Tél. : 0661 3456 25 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SKALLI ZAHED Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bureaucratie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/12/23	soins F.V	52042123	732,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Centre Hospitalier Bouskora Ban Amer Lamsa Nouancet - Casat arica Tel : 05 22 59 23 15 - 07 70 40 06	16.12.23	553,10 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



230807093224M

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

DERMASEPT[®]
SPRAY

LOT:3460
EXP:09/26
PPC:99.00DH

SKALLI ZAINEB

16/12/2023

22.5

1/ AUGMENTIN 1 G SACHET

1 sachet x 3 par jour pendant 8 jours

22, 50

2/ CEDOL 400 MG/20 MG 400 / 20 MG / MG COMPRIE

1 cp x 3 par jour

99, 60

3/ DERMASEPT SPRAY

 $105,6 \times 2$

1appl x2 par jour

4/ VIGAMFER

1cp par jour pendant 2mois

voir consultation Rhumatologue



090063728

Address: Route R3016 P.O. Box 890 Casabon Marcos, MA 01906-0890
Tél.: +212 5 21 02 52 90 9 / +212 5 21 09 29 09 / +212 5 21 21 25 09 / +212 5 21 25 09 77 / +212 5 21 25 09 99


 101224384
 PR BELKOUCH AHMED
 URGENTOLOGUE
 Hôpital Universitaire Internationale
 537284012408729NCS:9779730309
 24262829069979
 www.hnrc.ma

Vi

Strawberry flavour



40 Lozenges

Net weight : 30 g

gamFer[®]

Iron + Vitamins

C

B₉

B₁₂

Oral route

LOT N°:

22588

UT. AV:

09/25

PPC (DH):

105,00

Vi

Strawberry flavour



40 Lozenges

Net weight : 30 g

gamfer®

Iron + Vitamins

C

B

B12

Oral route

LOT N°:

22588

UT. AV:

09/26

PPC (DH):

105,00



1g/125 mg
 poudre pour suspension
 buvable en sachet



AUGMENTIN
 AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
 AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg
 Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
 prendre de préférence au début des repas,
 pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 222,00 DH
 LOT : 652436
 PER : 05/25



Augmentin est une marque déposée
 des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300282320

F A C T U R E

N° 57 047 / 2023 du 16/12/2023

Nom patient : **SKALLI ZAINEB**

Entrée 16/12/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Radiographie de la main sous une inciden	1.00		180.00	180.00
NFS - Numeration formule sanguine + plaq	1.00		96.00	96.00
Proteine C reactive - CRP	1.00		120.00	120.00
Acide urique (Uricemie)	1.00		36.00	36.00
			Sous-Total	732.00
Total Frais Clinique				732.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	732.00
SEPT CENT TRENTE-DEUX DIRHAMS			

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		732.00		732.00	0.00

[Signature]

[Stamp: HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI - SERVICE DES RECEPTIONS]



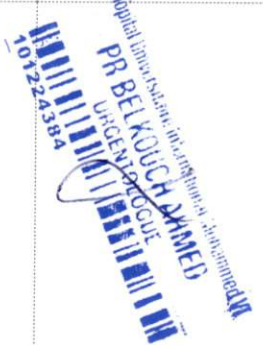
230807093224MI

SKALLI ZAINEB

Admission du : samedi 16 décembre 2023

Ordonnance

(16/12/2023,16/12/2023) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTUL AZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
16/12/2023	NFS - Numeration formule sanguine + plaquettes	1	DR ADIL MOUHCINE
16/12/2023	Proteine C reactive - CRP	1	DR ADIL MOUHCINE
16/12/2023	Acide urique (Uricemie)	1	DR ADIL MOUHCINE
			



090063728



Identifiant du patient : 230807093224MI

DR. BERTUL AZIZ null

Date de naissance : 04/09/1987

Sexe : F

Date de l'examen : 16/12/2023

Prélevé le : 16/12/2023 à 10:58

Edité le : 18/12/2023 à 12:27

SKALLI ZAINEB

Dossier N° : 23121564

Docteur



NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

Numération globulaire

Hématies	:	4.47	$10^{12}/l$	3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	9.0	g/dl	11.5 - 17.5
Hématocrite	:	29.7	%	34 - 53
VGM	:	66.4	fl	76 - 96
CCMH	:	30.3	g/dl	31 - 36
TCMH	:	20.1	pg	24.4 - 34.0

Anémie microcytaire.

Formule leucocytaire

Leucocytes	:	7.49	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	67.6	%	5.1 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	1.1	%	0.08 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.5	%	0.04 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	21.9	%	1.64 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	8.9	%	0.67 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00

Numération plaquettaire

Plaquettes	:	277	$10^3/mm^3$	150 - 445
------------	---	-----	-------------	-----------

Le 18/12/2023 à 12:27
Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI
Médecin Biologiste
Laboratoire National de Référence



Identifiant du patient : 230807093224MI

DR. BERTUL AZIZ null

Date de naissance : 04/09/1987

Sexe : F

Date de l'examen : 16/12/2023

Prélevé le : 16/12/2023 à 10:58

Edité le : 18/12/2023 à 12:27

SKALLI ZAINEB

Dossier N° : 23121564

Docteur



BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 0.4 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.

ACIDE URIQUE : 22 mg/L 30 - 70
130.17 μ mol/L 155 - 430

Le 18/12/2023 à 12:27

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence



230807093224MI

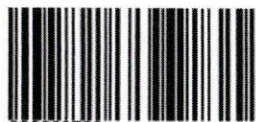
SKALLI ZAINEB

Admission du : samedi 16 décembre 2023

Ordonnance

(16/12/2023,16/12/2023) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTULAZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
16/12/2023	Radiographie de la main sous une incidence	1	DR ADIL MOUHCINE
16/12/2023	Supplement pour incidence radiographique supplémentaire	1	DR ADIL MOUHCINE
<div style="position: absolute; top: 40%; right: 10%; transform: rotate(-45deg); opacity: 0.5;"> </div> <div style="position: absolute; top: 45%; right: 10%; transform: rotate(-45deg); opacity: 0.5;"> </div>			



090063728



**HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI**

Nom du patient: SKALLI ZAINEB
Type d'examen: Radiographie de la main
Médecin traitant:

Date: 16/12/2023

:

Rx MAIN DROITE F/P

Indication : Plaie du 3^e doigt, recherche d'atteinte osseuse.

Résultat :

Minéralisation osseuse normale.

Articulations carpiennes, métacarpiennes et phalangiennes de morphologie normale.

Absence de lésion osseuse d'origine traumatique.

Tuméfaction des parties molles du toit marquée en regard de l'interligne interphalangienne proximale.

En vous remerciant pour votre confiance

Pr. BENSLIMA N.

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant BENSLIMA Najwa
Radiologie
091 25125