

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12436 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ben HADDA AMAL

Date de naissance : 198454

Adresse :

Tél. : 12 MAR 2026

Total des frais engagés :

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 : Douleur thoracique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 1230250

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'atlas médecins conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 12 MAR 2026 Le : /

Signature de l'adhérent(e) : /

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 Parcours des Actes
2024-09-06	CS+ECU		350,00	Dr. [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

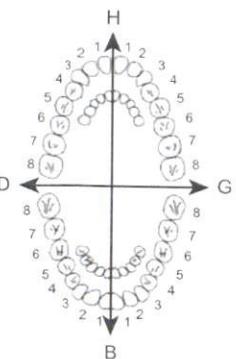
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/02/2024	N/F	800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

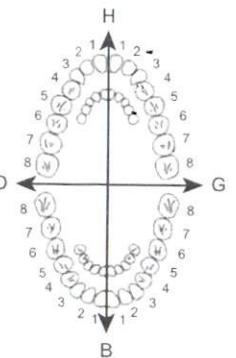
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



[Création, remont, adjonction]

Montant des
Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2400296728

N° : **11506 / 2024** du **20/02/2024**

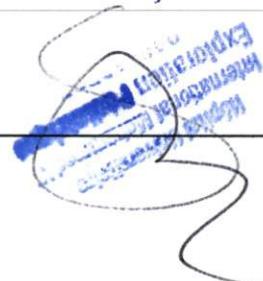
Nom patient	BEN HADDA AMAL	Entrée	20/02/2024
	PAYANTS	Sortie	20/02/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE (ECHOGRAPHIE-DOPPLER CARDIAQUE)	1.00		800.00	800.00
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E	1.00		350.00	350.00
			<i>Sous-Total</i>	1 150.00
Total Clinique				1 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total **1 150.00**



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2402201416553030 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400296728	BEN HADDA AMAL	20/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0682	350.00
PAYANT	Total payé	350.00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : K.HAYDAR

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Explorateur Marocain



Bouskoura, le 20/02/2024

ÉCHOCARDIOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

Nom du patient : BEN HADDA AMAL

SC : 2

Indication :

Patient eupnéique, TA 147/101 mmHg

FC à 73 cpm

VGD	VGS	PPD	SD	FE
53mm	28mm	8mm	7 mm	62%

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne fonction systolique globale et segmentaire
- FE VG= 62% (SB),
- Pressions de remplissage du VG sont normales.
- VD non dilaté, de fonction systolique normale TAPSE = 25 mm S' = 15 m/s
- Oreillette gauche non dilatée libre d'echo. SOG = 14 cm² Diamètre TS=34 mm
- Oreillette droite non dilatée libre d'echo . SOD = 11 cm²
- Valve mitrale fine avec fuite minime sans sténose
- Sigmoïdes aortiques au nombre de 3, d'échostructure normale. Pas de fuite ni sténose. Vmax = 1 cm/s
- IT minime estimant la PAPS à 23+5mmHg, voie pulmonaire libre
- VCI fine compliant.
- Péricarde sec.
- Aorte ascendante non dilatée à 29 mm

AU TOTAL :

- ❖ Bonne fonction systolique biventriculaire, FEVG à 62%
- ❖ Oreillettes non dilatées
- ❖ Pas de valvulopathie significative
- ❖ Les pressions de remplissage sont normales ce jour
- ❖ Pas d'HTP
- ❖ Péricarde sec

Dr. EZ-ZAHRAOUI RHTA
Cardiologie
HMIMV-CHU IBN SINA RABAT



مركز النقديات

achat))))

20/02/24

14:14:53

9900240830

92408306

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A0000000031010

*****6354

VISA

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

MONTANT :

350,00 MAD

Num Transaction

: 007

Num Autorisation

: 032277

STAN

: 000682

TICKET CLIENT



مركز التحديدات

ACHAT

20/02/24

15:52:28

9900240830

92408306

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A0000000031010

*****6354

VISA

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

MONTANT : 800,00 MAD

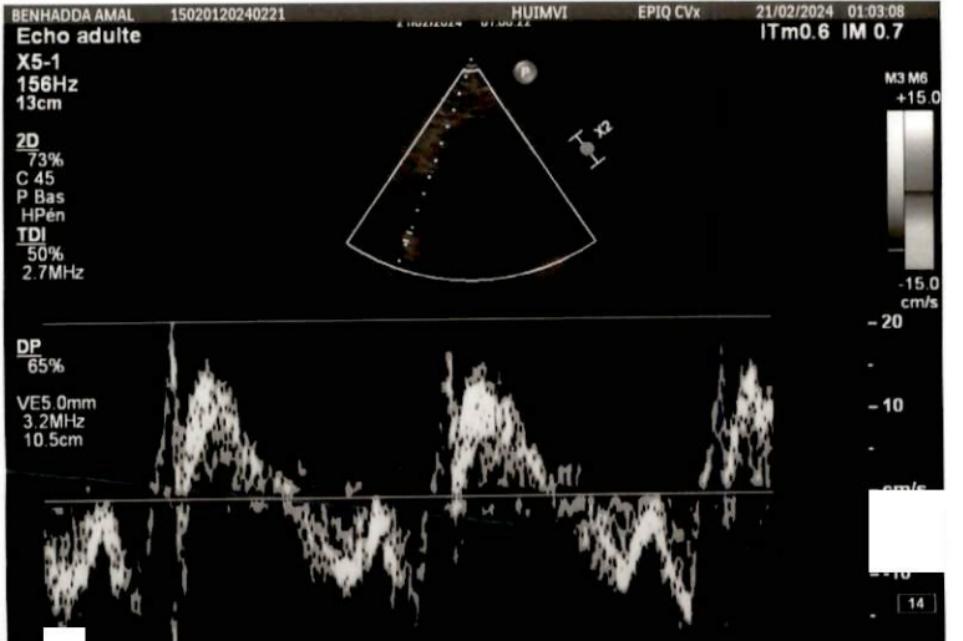
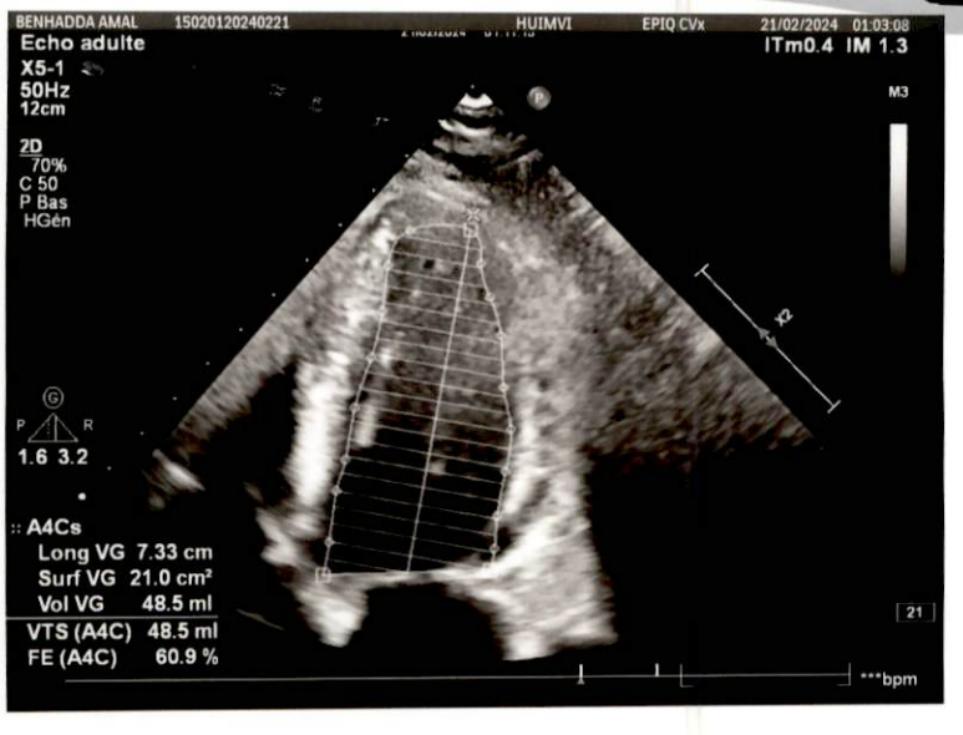
Num Transaction : 008

Num Autorisation : 065339

STAN : 000683

TICKET CLIENT







2400296728 / 230116143503ER

Prénom : AMAL

Nom : BEN HADDA

DDN : 26/10/1984 E: 20/02/2024

Service : CONSULTATION ADU II TF (SO)

Technicien :

Commentaires :

PAYANT
Sexe: F

20/02/2024 12:34:14

FC: 73 bpm

PR: 140 ms

QRS: 76 ms

QT/QTcH: 370/393 ms

QTcB: 408 ms

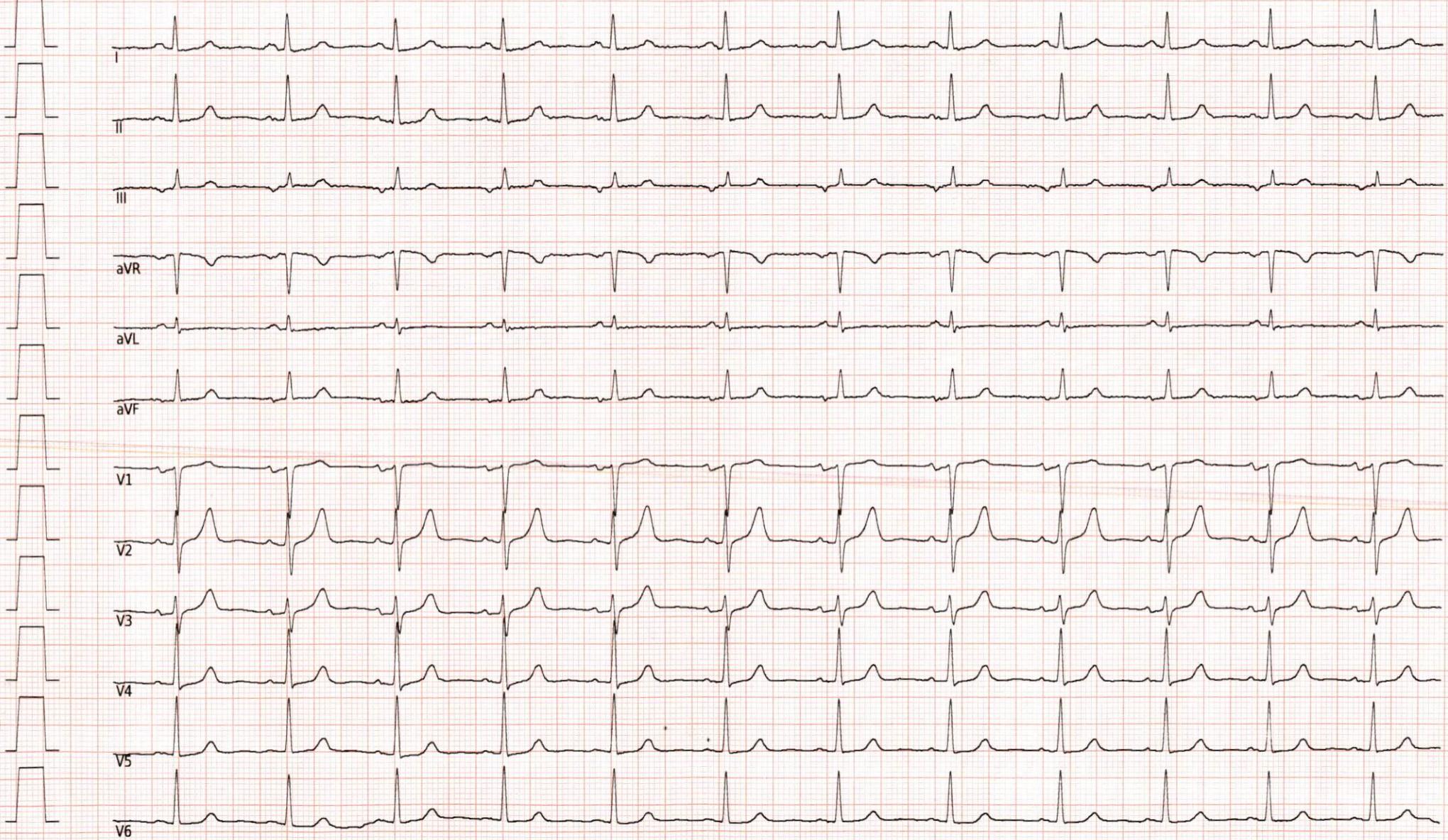
QTcF: 395 ms

R_{V5-6/Sv1} : 1.16/0.99 mV

Sok-Lyon : 2.14 mV

Axe: -4/48/57 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

TA : 147/101
Fc : 73

Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693