

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POSITIVE

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-801591

16/1964

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1600 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LOUDGHARI ABDELLAH  
 Date de naissance : 21-3-1948  
 Adresse : 1 ST CHANTIMAR - IMPASSE Rue 1 - N° 24  
 CASABLANCA  
 Tél : 06 61 31 00 04 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 15-5-2023  
 Nom et prénom du malade : LOUDGHARI Abdellah Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : CASABLANCA Le : 15/5/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
15/09/13	CS		2500	Dr. Meriem ZAQI Oncologie / Radiothérapie Centre d'Oncologie / Radiothérapie Tél.: 05 37 54 21 30 INPE : 141163832

# 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
Sammen Dosi-métrie	22/10/2013	RIAD ANNAKHIL Secrétaire Bp 774 - Av. Annakhil Hay Riad - Rabat Tél : +212 53 1542 000 (23) E-mail : contact@bira.ma INPE : 100062884	900

# AUXILIAIRES MEDICAUX

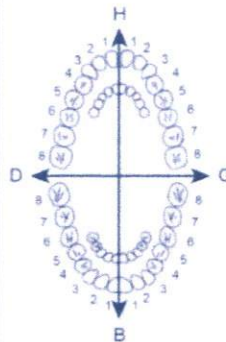
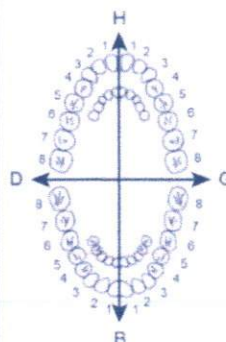
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : \_\_\_\_\_

M<sup>r</sup>. Loudghri Abdellah

Scanner dosimétrique

(Prostate)

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE  
SECTEUR 11 - RIAD ANNAKHIL  
Secteur 11 - Hay Riad N°14, Av. Annakhil  
Tél : 212 537 542 000  
E-mail : contact@pira.ma (23)

Dr. Meriem IRAQI  
Oncologie - Radiothérapie  
Centre d'oncologie AL Anwar  
Tél : 212 537 542 000  
Fax : 212 537 542 000



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 537 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma



Polyclinique  
Internationale  
Riad Annakhil

## BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 23E22111622

NOM DU PATIENT M. LOUDGHIRI ABDELLAH

MÉDECIN TRAITANT IRAQI MERIEM

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 2023-05-22 11:16:22

DATE DE SORTIE 2023-05-22 12:00:00

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE  
RIAD ANNAKHIL  
Secteur 11, Bloc N°14, Av. Annakhil  
Hay Riad - Rabat  
Tél : +212 537 542 000 (23)  
E-mail : contact@pira.ma





**Polyclinique  
Internationale**  
Riad Annakhil



INPE : 100062884

**FACTURE N° 202308636**

RABAT Le : 22-05-2023

page 1 / 1

**Identification**

N° Dossier : 23E22111622

N°IPP : 078228/23

Nom &amp; Prénom : M. LOUDGHIRI ABDELLAH

C.I.N. :

Date Naissance : 21-03-1948

Adresse : CASA

**Organisme : Payant**

ICE :

**Période d'hospitalisation**

Date Entrée : 22-05-2023

Date Sortie : 22-05-2023

**Médecin traitant**

DR. IRAQI MERIEM

**Traitement**

Radiologie

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
SCANNER DOSIMETRIQUE		1	900,00			900,00
<b>Sous Total</b>						<b>900,00</b>
<b>TOTAL PARTIE CLINIQUE</b>						<b>900,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>900,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : **NEUF CENTS DIRHAMS**

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		900,00 Dh	0,00 Dh

**POLYCLINIQUE INTERNATIONALE**  
**RIAD ANNAKHIL**  
Secteur 11, Bloc N°14, Av. Annakhil  
Hay Riad - Rabat  
Tél : +212 537 542 000 (23)  
E-mail : contact@pira.ma

## CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Date : 22/05/2023  
Nom du patient : M. LOUDGHIRI ABDELLAH  
Nom du médecin : Dr IRAQI MERIEM

### Examen :

- ☐ Scanner Dosimétrique.

### Technique :

- ☐ Scanogramme en décubitus dorsal.
- ☐ Coupes axiales de 2 mm d'épaisseur au niveau du champ de radiothérapie.
- ☐ Repère externe mis en place.

Pr. GUEDDARI Fatima-Zohra  
Spécialiste en Radiodiagnostic  
et Imagerie Médicale  
INPS : 101110781  
Polyclinique Internationale Riad Annakhil  
**Pr GUEDDARI FZ.**

