

# 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.

N° W21-801591

16/1964

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1600	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LOUDHIKI ABDELATH			
Date de naissance : 21-3-1948			
Adresse : 1 ST CHANTIMAR - IMPASSE Rue 1 - N° 24			
Tél. : 06 61 31 00 04 Total des frais engagés Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Meriem IRADJI Radiologie - Radiologie et Oncologie Téléphone : 05 37 54 27 30 Date : 15/05/2023			
Date de consultation : 15/05/2023			
Nom et prénom du malade : LOUDHIKI Abd el lah Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 15/05/2023 Le : 15/05/2023  
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 paiement des Actes
15/09/10 CS			→ 25000	ANNA MERCIER / Radiologue / Oncologie / Centre d'oncologie de l'Institut Curie / Tél.: 05 37 54 2730 / INPE : 141163832

~~250 D11~~ NAME : ~~H. Me~~ ~~R. S.~~ ~~130~~  
~~Oncologie~~ ~~Centre d'Oncologie~~  
~~Tél. : 05 37 54 21 30~~ ~~INDE : 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
SEGUIN Dosi Métrique	22/05/2023	<b>POLYCLINIQUE INTERNATIONALE RIAD ANNAKHIL</b> Secteur 11 Bpct 13 Av. Annakhil Hay Riad, Rabat Tél : +212 537 542 000 (23) Email : contact@riada.ma <b>INPE</b> 100062884	900,-

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

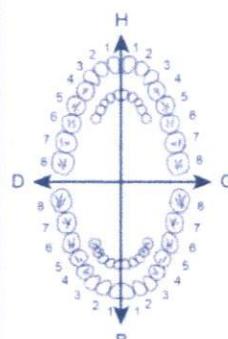
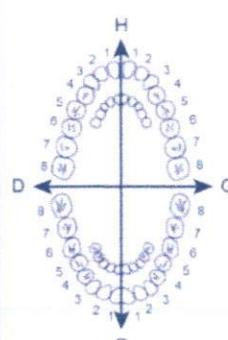
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## **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'OROF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 	G	H 	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	D	B	D	<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



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

M<sup>2</sup>. Loughri Abdellah

Scanner dosimétrie

( Projet )

**POLYCLINIQUE INTERNATIONALE**  
**RIAD ANNAKHIL**  
Secrétariat N°14, Av. Annakhil  
Secteur 11, Hay Riad - Rabat 10000 (23)  
Tél.: +212 537 542 000  
E-mail: contact@pira.ma

Dr. Meriem RAQI  
Oncologie - Radiothérapie  
Centre d'oncologie AL Awwar  
Télé: +212 54 21 30  
IMPE: 141153832



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 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma



**Polyclinique  
Internationale  
Riad Annakhl**

## BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 23E2211622

**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 ANNAKHL  
Secteur 11, Bld N°14, Av. Annakhl  
Hay Riad - Rabat  
Tél : +212 527 542 000 (23)  
E-mail : contact@pira.ma*



**Polyclinique  
Internationale  
Riad Annakhl**



INPE : 100062884

**FACTURE N° 202308636**

RABAT Le : 22-05-2023

page 1 / 1

**Identification**

N° Dossier : 23E22111622      N°IPP : 078228/23  
**Nom & 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

**Traitemen**

Radiologie

	Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>							
SCANNER DOSIMETRIQUE			1	900,00			900,00
				<b>Sous Total</b>			900,00
				<b>TOTAL PARTIE CLINIQUE</b>			900,00
				<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  
RMD ANNAKHL**  
 Secteur 11 - Bld N°14, Av. Annakhl  
 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  
IMPA : 101110781  
Polyclinique Internationale Riad Annakhil  
**Pr GUEDDARI FZ.**

