

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Matricule : 1695 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AHDAD SOUCH Smail

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : Quartier de la Commune Hay Hassani

Bloc 10 N° 465 Casablanca

Tél. 0665077276 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/06/2020

Nom et prénom du malade : Sekour khadja / Age : 21

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Syndrome coronaropathie Diagnose

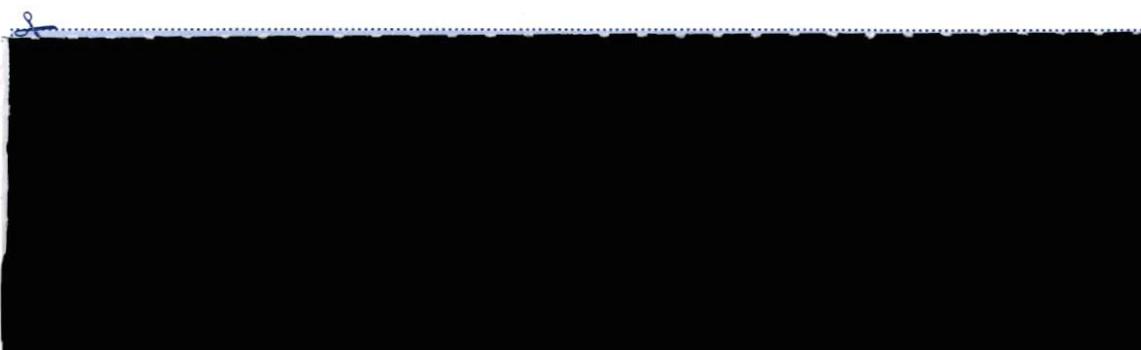
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

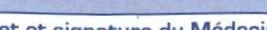
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ..... 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 Paiement des Actes
DU 28/05/2020			3800,00	 Dr. MOHAMED S. BLODUE CLINIQUE MAMAN N° 10, Hay AMGAD 10000 Anfa - FES tel: 05 28 96 28 00 - 05 35 96 98 89 Fax: 05 35 96 69 69
AU 29/05/2020			2200,00	 Dr. MOHAMED S. BLODUE CLINIQUE MAMAN N° 10, Hay AMGAD 10000 Anfa - FES tel: 05 28 96 28 00 - 05 35 96 98 89 Fax: 05 35 96 69 69

## **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 Cœfficients	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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de														
<b>SOINS DENTAIRES</b>  		<b>Dents Traitées</b> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>	CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
<b>MONTANTS DES SOINS</b>														
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>														
<b>FIN D'EXECUTION</b>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
			H	G										
			25533412 00000000	21433552 00000000										
			D	G										
			00000000 35533411	00000000 11433553										
			B											
<b>MONTANTS DES SOINS</b>														
<b>DATE DU DEVIS</b>														
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>														

NOM. S.F. Koenen

DATE 28-05-20

Prénom : Khadiga

Chambre : Bloc 3

Médecin(s) Traitant(s): ..... Dr. Shou'i

J: ....

Diagnostic: conomysynphilia

## Prescription Médicale



مصحة الرازى

CLINIQUE AR-RAZI

Clinique AR-RAZI

Fes Le : 29/05/2020

Facture N° 2338/20

Etablie par LATIFA Page 1/1

Identification

N° Dossier : P0E282020

N° Identifiant : 20055021/20

**Nom & Prénom : SEKOUR KHADIJA**

C.I.N. : FGYH

Date Entrée : 28/05/2020

Date Sortie : 29/05/2020

Adresse : FES

Traitemet : Hospitalisation

Médecin : DR SLAOUI

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

**ACTES CHIRURGICAUX**

Coronarographie	1	3 800,00			3 800,00
		Total Rubrique :			3 800,00

**PARTIE CLINIQUE :**

**3 800,00**

**HONORAIRES MEDICAUX**

Dr. DR SLAOUI (CARDIOLOGIE)	1	2 200,00			2 200,00
		Total Rubrique :			2 200,00

**PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:**

**2 200,00**

Encaissement :			<b>TOTAL FACTURE</b>	<b>6 000,00</b>
Espèce :	Chèque :	6 000,00	Solde :	
		N° 5757915-		

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

*Six mille Dirhams*

Cachet et signature  
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69  
Tél : 05 25 45 57 11 - Fax : 05 35 96 88 89  
Fax : 05 35 96 86 69

# COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom & prénom du malade : Sekour K hadjia

Date d'entrée : 28/05/2020

Date de sortie : 29/05/2020

Motif d'hospitalisation :

Syndrome épileptique

Diagnostic :

ECH Troubles de l'apport

Bilan / biologie / radios : du patient

Pt't élév temp

Echocardiogramme

Résumé clinique :

l'infection d'une coelomopathie

petite fièvre obstruktive

un bout myocardiobase

Sioul Rio brûlé les lèvres

d' Athi mouloua

Dr. Mohamed SLEIDI  
CARDIOLOGUE  
CLINIQUE ARABE  
Tél: 05 35 78 85 59

CLINIQUE ARABE  
NO 10, Hay Aïcha  
Tél: 05 35 78 85 59  
Fax: 05 35 78 85 59  
Marrakech - MAROC  
www.cliniquearabe.com



مصحة الرازي

CLINIQUE AR-RAZI

## RAPPORT DE CORONAROGRAPHIE

### INFORMATIONS PATIENT :

Nom : SEKOUR  
Prénom : KHADIJA  
Date de l'examen : 28/05/2020  
Médecin traitant : Dr MAYOUSSI CHAMA

**INDICATION :** SYNCOPÉ AVEC TROUBLE DE LA REPOLARISATION EN ANTEROSEPTAL

### TECHNIQUE :

Ponction de l'artère radiale droite par méthode de Seldinger. Désilet 5F

### RESULTAT :

#### Réseau coronaire gauche :

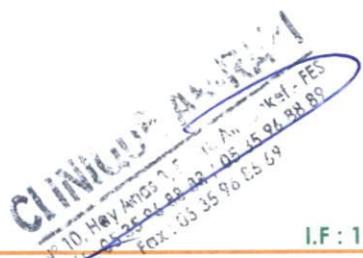
- Tronc commun TCG de bon calibre sans sténose
- L'IVA est une artère de moyen calibre, ne fait pas la pointe et donne naissance à plusieurs branches diagonales dont une principale
- L'IVA et ses branches de division ne présentant pas de sténose
- Pont myocardique de la branche diagonale principale sans lésion d'athérosclérose
- L'artère circonflexe est une artère de bon calibre régulière et donne naissance à une branche marginale principale
- Système circonflexe –marginale indemne de sténose
- Spasme de l'ostium de la circonflexe ayant cédé rapidement sous vasodilatateur

#### Réseau coronaire droit : dominant

- L'artère coronaire droite est une artère de bon calibre, donne naissance au niveau de la croix du cœur à une artère interventriculaire postérieure développée et à une artère rétro ventriculaire de bon calibre.
- L'artère coronaire droite ne présentant pas de sténose

### CONCLUSION :

- Pont myocardique de la branche diagonale principale sans lésion d'athérosclérose.



Signé : Dr Slaoui.



I.F : 15185471 - Patente : 13070722 - CNSS : 9949423 - ICE : 001632807000032

N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69

GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 • E-mail : cliniquearrazi@gmail.com



DATE: 29/05/2020

## **NOTE D'HONORAIRE**

Nom Médecin : Dr. DR SLAOUI

#### Adresse Professionnelle:

#### Ville Professionnelle :

Tél : 0661.37.12.94

Spécialité : CARDIOLOGIE

I.F.:

Taxe Prof. ;

N° C.N.S.S. :

N° Facture : 2338/20

N° Dossier : POE282020

Patient : SEKOUR KHADIJA

Montant honoraire : 2 200.00

**Dr. Mohamed SLAOUI**  
CARDIOLOGUE  
Av. Slouai Résidence NOUR Bureau 101  
Tél: 0335 55 22 22 - 0335 55 22 22