

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

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## Biologie 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.

## 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.

## 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

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.

RAS : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3672 Société : 58702

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELHIBOUB DRAHAED

Date de naissance : 15-08-1959

Adresse : N°14 Rue Dakha Laï Laayoune HAAROURA

Tél. : 0661181908 Total des frais engagés : 1853,25 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/02/2011 Nom et prénom du malade : MIMOUNI Mokhtar Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Myx

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 : 10/02/2011

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
10/11/2020	Consultation	01	1853.25	Dr. A. M. Boulanger

## **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
		Honor de PDM	11

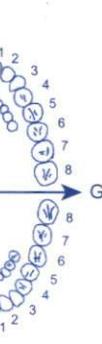
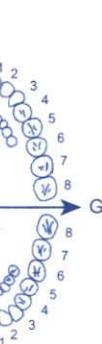
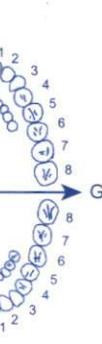
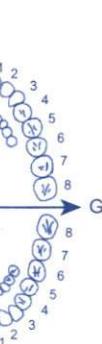
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Rabat, le

10/11/202

Docteur

Dr. Idrissi M. Ali  
Urgences  
Médecin des Urgences - Rabat  
Service Cheikh Zaid 55  
Hôpital Universitaire International

M. El meder Mohamed  
A.D.A. H  
(Dr. Idrissi M. Ali)

Dr. Idrissi M. Ali  
Urgences  
Médecin des Urgences - Rabat  
Service Cheikh Zaid 55  
Hôpital Universitaire International



Service Admission/Facturation

Quittance N°

HCOZ  
2 290 481

IPP : 1 526 461 N° de dossier : U200016150

DI : 2 600 248

Patient : AMANSAR WIDAD

Montant : 1 853,25 Dh (mille huit cent cinquante-trois et 25 / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 4729

Date d'encaissement : 10/11/2020

Description : URG

Medecin :

Motif :

Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

*Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.*

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1666568



N° DE FACTURE : 2020/P/123597  
IPP : 1526461  
N° DOSSIER : U200016150  
NOM & PRENOM : AMANSAR WIDAD

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
DATE ENTREE : 10/11/2020  
DATE SORTIE : 10/11/2020  
DATE FACTURATION : 10/11/2020

## FACTURE

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES				
	REMISE HM SUR CONSULTATION	250,00	-1,00	-250,00
	CONSULTATION GARDE (URG)	350,00	1,00	350,00
	TOTAL ACTES : 100,00			
IMAGERIE MÉDICALE				1 553,25
PHARMACIE				200,00



Arrêtée la présente facture à la somme de mille huit cent cinquante-trois et 25 / 100

TOTAL FACTURE	1 853,25
TOTAL ENCAISSEMENT	1 853,25
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2



## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2020/P/123597  
 IPP : 1526461  
 N° DOSSIER : U200016150  
 NOM & PRENOM : AMANSAR WIDAD

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
 DATE ENTREE : 10/11/2020  
 DATE SORTIE : 10/11/2020  
 DATE FACTURATION : 10/11/2020

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTEANT DH
<b>ACTES</b>				
	REMISE HM SUR CONSULTATION	250,00	-1,00	-250,00
	CONSULTATION GARDE (URG)	350,00	1,00	350,00
<b>TOTAL ACTES : 100,00</b>				
<b>IMAGERIE MÉDICALE</b>				
	TDM THORAX	1 553,25	1,00	1 553,25
<b>TOTAL IMAGERIE MÉDICALE : 1 553,25</b>				
<b>PHARMACIE</b>				
	CONSOMMABLE P-C	200,00	1,00	200,00
<b>TOTAL PHARMACIE : 200,00</b>				

### Honoraires Medecins

<b>IRAQI MOHAMED ALI</b>			
CONSULTATION GARDE (URG)	250,00	1,00	250,00
REMISE HM SUR CONSULTATION	250,00	-1,00	-250,00
<b>TOTAL IRAQI MOHAMED ALI : 0,00</b>			

<b>MAHLAOUI JAMAL</b>			
TDM THORAX	555,75	1,00	555,75
<b>TOTAL MAHLAOUI JAMAL : 555,75</b>			
<b>TOTAL Honoraires : 555,75</b>			

Arrêtée la présente facture à la somme de mille huit cent cinquante-trois et 25 / 100	Total général :	1 853,25
Total encaissement :	1 853,25	Solde 0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD



## Compte Rendu

PP : 1526461

ID\_Dossier : U200016150

Patient : AMANSAR WIDAD

PEC : PAYANT09

Date Examen : 10/11/2020 19:46:09

Etat CR : Validé

### TDM THORAX

**- Responsable du service :****- R.C :**

Pr. M. M. Cherkaoui

**- Permanents :**

Suspicion de COVID 19

Pr. F. Z. Gueddari

Pr. L. Hammani

Pr. N. Kabaj

**- Attachés :**

Pr. A. El Quessar

Pr. I. Chami

Pr. L. Chat

Pr. M. Boujida

Pr. S. Bouklata

**- Contacts :**

+ 212 537 68 49 43

Accueil : 1406



13976832

**- Technique :**

- Examen réalisé en mode spiralé sans injection de PC/IV.

**- Résultat :****• Anomalies évocatrices :**

- Opacités en verre dépoli : OUI
- Condensations : OUI
- Crazy Paving : NON
- Halo inversé : NON

**Distribution des lésions : Sous pleurales ; Bilatérales.****Prédominance inférieure et postérieure :****OUI**

- Etendue des lésions évocatrices : modérée entre 25 et 50 %

**• Signes associés ou autre affections :**

- Micronodulation centrolobulaire : NON
- Condensation systématisée : NON
- Atteinte de l'arbre trachéo-bronchique : NON
- Fibrose : NON
- Masse ou nodule pulmonaire suspect : NON
- Adénomégalie : NON
- Epanchement pleural, péricardique : NON

**- Conclusion :**

**TDM thoracique compatible avec une infection COVID 19 étendue entre 25 et 50%: A confronter aux données cliniques et biologiques.**

Dr. Jamal MAHLAOUI  
Médecin Radiologue