

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042670

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3672 Société : 58708  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHIBOU B DAHAED  
 Date de naissance : 15-08-1959  
 Adresse : N°14 Rue Dakhla Lt. LAAYOUNE HARROURA  
 Tél. : 0661181908 Total des frais engagés : 1353,25 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2021  
 Nom et prénom du malade : IMMER Abdel 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 10/11/2021



# 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
10/11/2020	CDR TDM	01	1853,25	

# 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
		Donnée par le patient	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

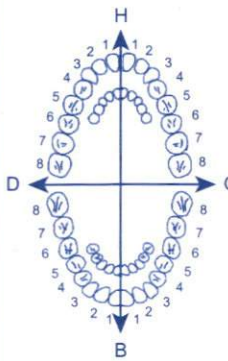
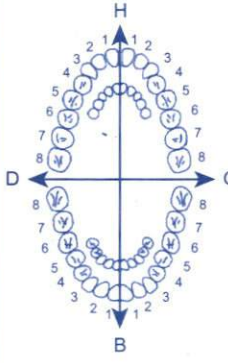
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 10/11/2022

Docteur .....

Dr. IRRAQIM-ALI  
Médecin Urgences  
Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat  
Tél : +212 537 68 68 68

Dr. Irraqim Ali

Dr. Ali

(Dr. Ali - Ali)

Dr. IRRAQIM-ALI  
Médecin Urgences  
Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat  
Tél : +212 537 68 68 68

CXIM0096

Royaume du Maroc  
Hôpital Cheikh Zaïd  
Hôpital Universitaire International



Service Admission/Facturation

المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

HCI

2 290 481

Quittance N°

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 :

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Cachet du caissier :

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

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
<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 MEDICALE</b>			1 553,25
<b>PHARMACIE</b>			200,00



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

<b>TOTAL FACTURE</b>	<b>1 853,25</b>
<b>TOTAL ENCAISSEMENT</b>	<b>1 853,25</b>
<b>SOLDE</b>	<b>0,00</b>

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD



## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2020/P/123597 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
IPP : 1526461 DATE ENTREE : 10/11/2020  
N° DOSSIER : U200016150 DATE SORTIE : 10/11/2020  
NOM & PRENOM : AMANSAR WIDAD DATE FACTURATION : 10/11/2020

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>ACTES</b>			
REMISE HM SUR CONSULTATION	250,00	-1,00	-250,00
CONSULTATION GARDE (URG)	350,00	1,00	350,00
TOTAL ACTES :			100,00
<b>IMAGERIE MEDICALE</b>			
TDM THORAX	1 553,25	1,00	1 553,25
TOTAL IMAGERIE MEDICALE :			1 553,25
<b>PHARMACIE</b>			
CONSOMMABLE P-C	200,00	1,00	200,00
TOTAL PHARMACIE :			200,00
<b>Honoraires Medecins</b>			
<b>IRAQI MOHAMED ALI</b>			
CONSULTATION GARDE (URG)	250,00	1,00	250,00
REMISE HM SUR CONSULTATION	250,00	-1,00	-250,00
TOTAL IRAQI MOHAMED ALI :			0,00
<b>MAHLAOUI JAMAL</b>			
TDM THORAX	555,75	1,00	555,75
TOTAL MAHLAOUI JAMAL :			555,75
TOTAL Honoraires :			555,75
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 :

Pr. F. Z. Gueddari

Pr. L. Hammani

Pr. N. Kabbaj

- 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

Suspicion de COVID 19

- Technique :

• Examen réalisé en mode spirale 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 MAHLAOU  
Médecin Radiologue