

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.

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.

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
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° M21- 0000540

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **68654** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1545** Société : **RAM**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **BENYASS ABDELHAFID**
Date de naissance : **08-03-54**
Adresse : **LOT 125 TRANCHE D ALMANNA ALTAJIDA**
SAH OTMANE CASABLANCA
Tél. : **0662187350** Total des frais engagés : **500.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr Mohamed OUADGHIGHI**
Professeur de Traumatologie Orthopédie
Chirurgie plastique de la main
et des nerfs périphériques
INPE: 10117885
Polyclinique International Riad Alankhil
Date de consultation : **27 AVR. 2021**
Nom et prénom du malade : **Ascef Taha** Age : **40**
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Ascef Taha 40 ans**
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 : **RABAT** Le : **01/04/2021**
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
01/04/2021	C	2	6	Dr. Mohamed EL GUARINI Professeur de Traumatologie et de Chirurgie plastique de la main et des nerfs périphériques INPE: 101117885 Polyclinique Internationale Riad Annakhil

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/04/21	Ech. 9 Pertes molles	500,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

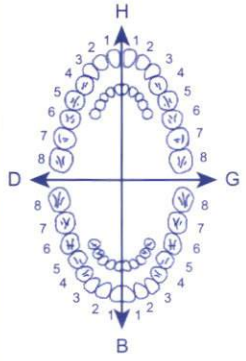
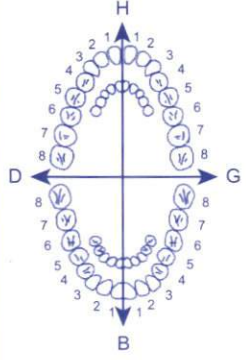
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le

01/04/2021

M: BENYASS

Abdelhafid

Echographie Juse-He
à la recherche de
Collecte pericula

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAXHIL
SERVICE RADIOLOGIE
Tél: +212 537 542 000
E-mail: contact@pira.ma

(19)

Dr. Mohamed GUADGHIRI
Professeur de Traumatologie Orthopédie
Chirurgie plastique de la main
et des nerfs périphériques
INPE: 101117885
Polyclinique International Riad Annakhil



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rodeo 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 Annakhil



INPE:100062884

FACTURE N° 202105055

RABAT Le : 01-04-2021

page 1 / 1

Identification

N° Dossier : 21D01115622

N°IPP : 038641/21

Nom & Prénom : M. BENYASS ABDELHAFID

C.I.N. : B725243

Date Naissance : 08-03-1954

Adresse : LOT 125 TRANCHE D MADINA JADIDA

Médecin traitant

DR. OUADGHIRI MOHAMED

Organisme : Payant

ICE :

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 01-04-2021

Date Sortie : 01-04-2021

Traitement

Radiologie

Prestations

Observation

Qté

Prix-U.

L.C.

Coef

Total

RADIOLOGIE

ECHOGRAPHIE PARTIES MOLLES

1

500,00

500,00

Sous Total

500,00

TOTAL PARTIE CLINIQUE

500,00

TOTAL GENERAL

500,00

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

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
SERVICE RADIOLOGIE (19)
Tél : +212 537 542 000
E-mail : contact@pira.ma

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Date : 01/04/2021
Nom du patient : Mr. BENYASS ABDELHAFID
Nom du médecin : Pr. OUADGHIRI MOHAMED

Echographie des parties molles de la jambe droite

Résultats :

- Infiltration diffuse des parties molles sous-cutanées du genou, de la jambe et du pied droits, avec mise en évidence de plusieurs collections siégeant et mesurant :
 - Au niveau du tiers supérieur de la face externe de la jambe : Collection superficielle hétérogène mesurant 45 x 8 mm et profonde juxta-osseuse mesurant 35 x 10 mm.
 - À la jonction des tiers moyens et inférieurs de la face interne de la jambe mesurant 50 x 11 mm, située en amont de la fistule cutanée du tiers inférieur de la jambe, drainant une collection sous-cutanée mesurant 9 x 7 mm.
 - Au niveau du tiers supérieur de la face interne de la jambe : mesurant 52 x 20 mm avec trajet fistuleux mesurant 4 mm de diamètre et étendu sur environ 14 mm, fistulisée à la peau.
 - Collection plantaire mesurant 27 x 4 mm.
- Perméabilité du système veineux profond poplité et de la jambe, avec présence de plusieurs collatérales ectasiques mais compressibles au manœuvres de la sonde.

Conclusion :

Infiltration diffuse des parties molles de la jambe droite avec multiples collections dont deux fistulisées à la peau.



PR. EL HASSAN EL HOGIE
Riad Annakhil
Tél : +212 537 542 000 - Fax : +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma - Site web: www.pira.ma
RC : 124893 - IF : 20781164 - TP : 25500288 - CNSS : 5497252 - ICE : 00189793000023
BMCI RIB : 013810.0121.4000.10700.111.94