

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0056457

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4452 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : L. MIMOUNI FOUAD

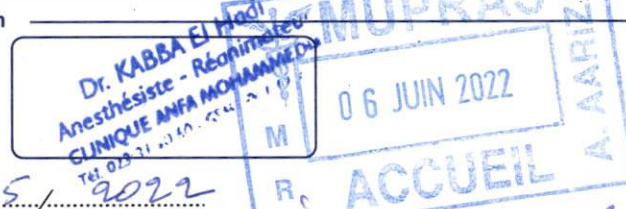
Date de naissance : 07-06-1959

Adresse : Benghmane BP 150

Tél. : 06 61 43 00 65 Total des frais engagés : 1302,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/05/2022

Nom et prénom du malade : AMRANI RAHMA

Age : 60

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur ALD

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 : 28/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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

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
28/05/22	Ve Pharmacie		300,00 300,00	Dr. KABBA Anesthésiste - Révision CLINIQUE AL MONASTIR TEL 0722 21 11 11

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
Centre de Radiologie Al Kasbi V° 19 Rés. Jendouba Mohammadia 0523 32 75 75	28/05/2022	Fiche RADAR ABDPPELV	700,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

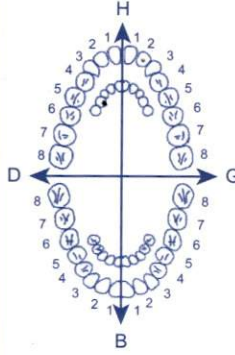
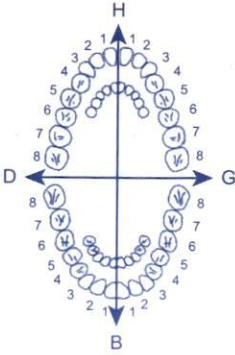
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



مصحة أنفا - المحمدية
Clinique Anfa - Mohammedia

Mohammedia, le 28/08/2012

Mr ou Mme : _____

Le ^{me} ~~RAHMOU~~
ARRAUD

pour

Echographie ~~Abdomen~~
peut-être

Re: Demandez à donner le
bistouri au niveau
de la fosse iliaque droite



Dr. Zineb Regragui

Médecin Spécialiste en Radiologie

الدكتورة زينب الركراكي

طبيبة اختصاصية في الفحص بالأشعة

IRM 1, 5T - Scanner 40 barrettes - Echographie 3D/4D - Echographie Doppler - Radiologie numérique - Mammographie numérique 3D par Tomosynthèse - Radiologie numérique dentaire par Cone Beam - Ostéodensitométrie - Radiologie interventionnelle

Nom du patient: AMRANI RACHIDA
Médecin traitant: CLINIQUE ANFA

Mohammedia, Le: 28/05/2022

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

TECHNIQUE : Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau de l'abdomen et du pelvis à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz et d'une sonde de 9 Mhz

RESULTATS :

- Le balayage échographique de la fosse iliaque droite ne retrouve pas d'image d'appendicite
- Foie de taille normale, de contours réguliers d'échostructure homogène légèrement stéatosique, sans anomalie focale échographiquement décelable.
- Absence de dilatation des VBIH et de la VBP.
- Le lit vésiculaire est libre (cholécystectomisée)
- Les veines sus-hépatiques et le tronc porte sont perméables, de calibre normal.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés
- Discrète dilatation pyélocalicielle droite sans image lithiasique
- Absence de calcul rénal visualisé
- Absence d'adénopathie abdominale profonde.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Vessie sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- Absence de masse ou de collection pelvienne.
- Météorisme digestif diffus

AU TOTAL :

- Absence d'image évocatrice d'appendicite : à confronter aux données clinico-biologiques
- Discrète hydronéphrose droite sans obstacle visible

Cordialement

Centre de Radiologie AL Kasbah
N° 19 Rés. Ismail - Rue de Safi
Mohammedia
0523 32 75 75



URGENCES
24/24

Société S.A.R.L au Capital 2000000,00 MAD

19, Résidence Ismail - rue Safi - Kasbah - Mohammedia (en face de la gare de Mohammedia)
Tél : 0523 32 75 75 - contact@radiologiealkasbah.ma - www.radiologiealkasbah.ma
RC : 25427 - IF : 39578336 - CNSS : 2081619 - ICE : 002532696000074



IRM 1, 5T - Scanner 40 barrettes - Echographie 3D/4D - Echographie Doppler - Radiologie numérique - Mammographie numérique 3D
par Tomosynthèse - Radiologie numérique dentaire par Cone Beam - Ostéodensitométrie - Radiologie interventionnelle

FACTURE

Patient(e) : AMRANI RACHIDA

Date : 28/05/2022

N° Facture : 5584

NATURE DE L'EXAMEN

Consommable

Prix d'examen

ECHOGRAPHIE ABD/PELV

.00

700.00

Montant Total : 700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept Cents Dirhams .

Type de paiement : Espèce

Centre de Radiologie AL Kasbah
N° 19 Rés. Ismail Rue de Safi
Mohammedia
0523 32 75 75

INPE : 090063835

URGENCES
24/24

Société S.A.R.L au Capital 2000000,00 MAD

19, Résidence Ismail - rue Safi - Kasbah - Mohammedia (en face de la gare de Mohammedia)

Tél : 0523 32 75 75 - contact@radiologiealkasbah.ma - www.radiologiealkasbah.ma

RC : 25427 - IF : 39578336 - CNSS : 2081619 - ICE : 002532696000074



مصحة أنفا - المحمدية

Clinique Anfa - Mohammedia

FACTURE

DATE D'ENTREE	N° FACTURE	NOM ET PRENOM	DATE DE SORTIE
28/05/2022	12489	AMRANI RACHIDA	28/05/2022
DR KABBA		V2	300,00 DHS
	PHARMACIE		300,00 DHS
	TOTAL : SIX CENT DIRHAMS		600,00 DHS

Clinique Anfa Mohammedia
237, Bd. Sebta la Colline - Mohammedia
Tél : 05 23 31 60 60 / 50 - 05 23 30 06 86 / 87
Fax : 05 23 31 25 25 - Patente N° : 39551000 - I.F N° : 3101187 - C.N.S.S : 6627808 - ICE : 001715096000014



مصلحة أنفا - المحمدية

Clinique Anfa - Mohammedia

DETAIL PHARMACIE

DESIGNATION	PU	QUANTITE	TOTAL
PERFUSEUR	35,00	1	35,00
SERUM SALE	35,00	1	35,00
OMEPRAZOL	100,00	1	100,00
SERING 5CC	5,00	1	5,00
PERFALGAN 1G	60,00	1	60,00
SPASFON	10,00	4	40,00
INTRANUL	25,00	1	25,00
TOTAL			300,00

Clinique Anfa - Mohammedia
237 Bd Sebta - La Colline
Tél : 05 23 31 60 60 / 50
Fax : 05 23 31 25 25



CENTRE DE RADIOLOGIE AL KASBAH

ID RK14747
AMRANI RACHIDA
M
60 Y

CENTRE DE RADIOLOGIE AL KASBAH

ID RK14747
AMRANI RACHIDA
M
60 Y

B/C 0 / 0
Zoom% 61

CENTRE DE RADIOLOGIE AL KASBAH

Axis Res
1 Distance 1.87cm

ID RK14747
AMRANI RACHIDA
M
60 Y

B/C 0 / 0
Zoom% 61

CENTRE DE RADIOLOGIE AL KASBAH

ID RK14747
AMRANI RACHIDA
M
60 Y

Axis Res
1 Distance 11.18cm

B/C 0 / 0
Zoom% 60

CENTRE DE RADIOLOGIE AL KASBAH

B/C 0 / 0
Zoom% 60

ID RK14747
AMRANI RACHIDA
M
60 Y

CENTRE DE RADIOLOGIE AL KASBAH

ID RK14747
AMRANI RACHIDA
M
60 Y

B/C 0 / 0
Zoom% 60

CENTRE DE RADIOLOGIE AL KASBAH

Axis Res
1 Distance 8.30cm

ID RK14747
AMRANI RACHIDA
M
60 Y

B/C 0 / 0
Zoom% 60

CENTRE DE RADIOLOGIE AL KASBAH

ID RK14747
AMRANI RACHIDA
M
60 Y

B/C 0 / 0
Zoom% 60

B/C 0 / 0
Zoom% 60