

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-705409

127534

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1661 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZRI ALI
 Date de naissance : 1.6.1950
 Adresse : Residence wiam im 8 Apt 10
 ouifa casa
 Tél. : 05 22 91 53 43 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11-07-22 | C5 | | 400 dhs | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 11/07/2022 | 603,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

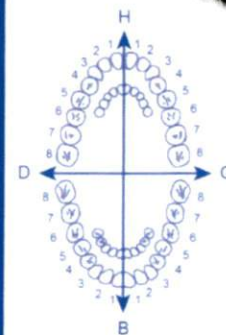
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 11-07-22 | TDM thoracique | 1300 dhs |

AUXILIAIRES MEDICAUX

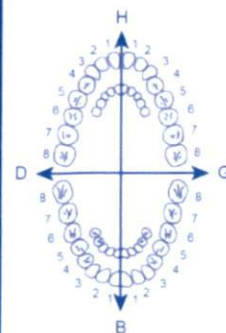
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| B | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

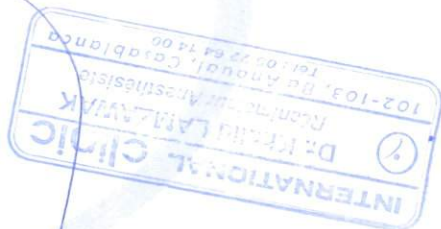
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date: 11/02/2022

Ordonnance

Zou Fahim

TDR Thoracique (c)





Service de Radiologie et d'imagerie diagnostique et interventionnelle

Le 11/07/2022

ZRII FATIHA

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition hélicoïdale sans injection de produit de contraste avec reconstructions.

RESULTATS :

- Absence de plage en verre dépolie décelable.
- Absence de foyer de condensation alvéolaire.
- Absence de foyer d'atélectasie segmentaire ou sous segmentaire
- Absence d'adénopathie de taille significative.
- Absence d'épanchement pleuro péricardique.
- Absence de lésions osseuses d'allure suspecte.

CONCLUSION :

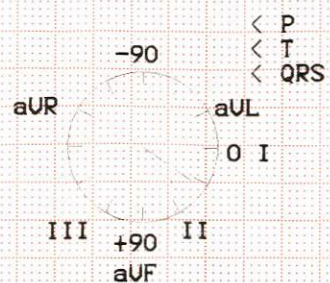
- TDM thoracique ne révélant pas d'anomalie.

Cordialement



Résultats mesures:

QRS : 88 ms
 QT/QTcB : 372 / 401 ms
 PQ : 144 ms
 P : 118 ms
 RR/PP : 862 / 860 ms
 P/QRS/T : 50/ 35/ 35 degrés
 QTd/QTcBD : 34 / 37 ms
 Sokolow : 2.2 mV
 NK : 8



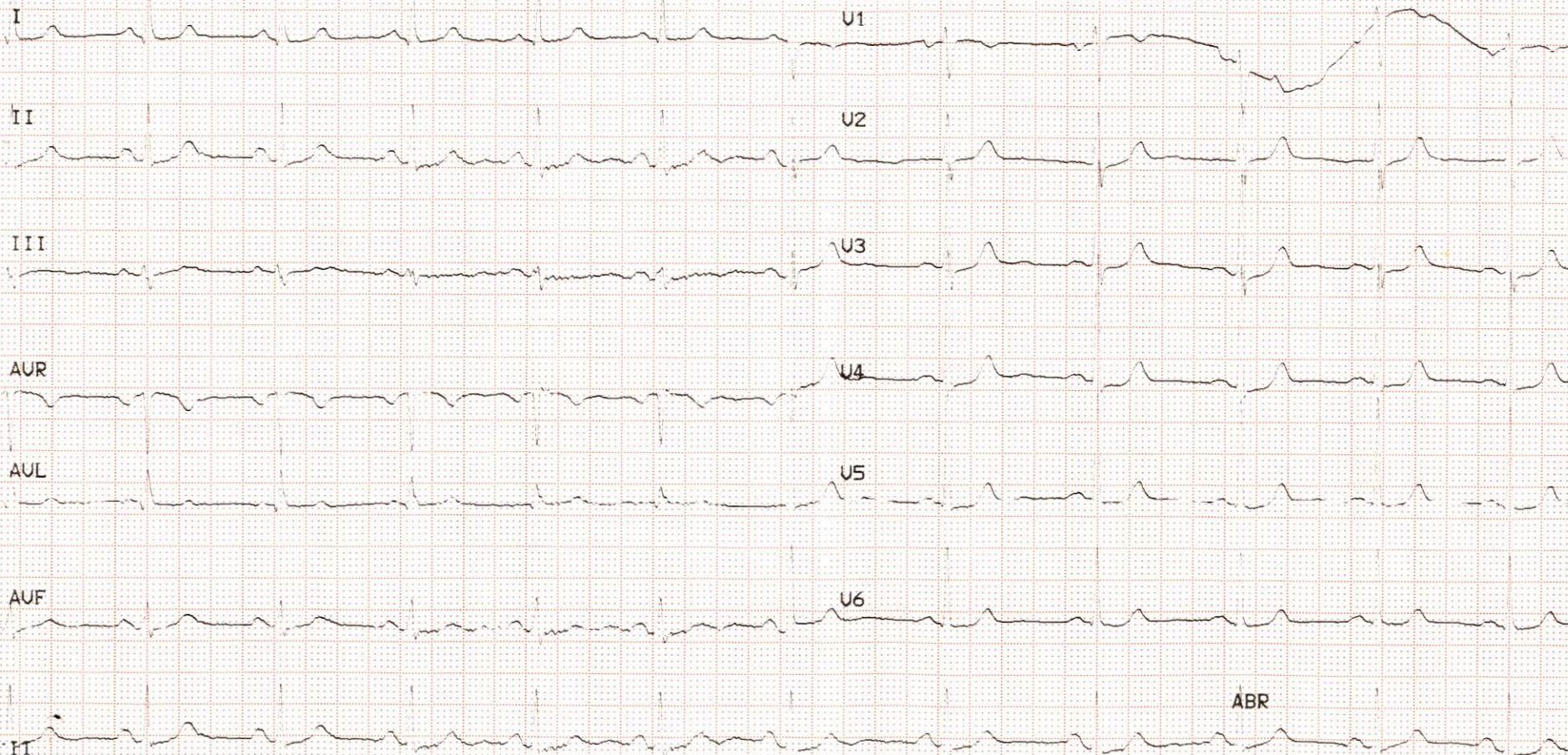
Interprétation:

SpO₂ : 96%

FC : 69 /min

TA : 142/79

rapport non confirmé



6/10/2022

01.07.2021 03:10:31

25mm/s

10mm/mV

ADS

ECHO

0.03

10Hz

6 FL R

Mod. auto.

V6.2 121 (1)



INTERNATIONAL clinic

FACTURE

N°: C3090/2022

| Patient | Médecin traitant | Date de consultation |
|------------------|------------------|----------------------|
| Mme. ZRII Fatiha | ANESTHESISTE | 11/07/2022 |
| | Assurance | P.C. N° |
| | AUCUNE | |

| LIBELLE | Qté | Prix U. | Montant |
|---|-----|----------|---------------------|
| CONSULTATION (ANESTHESISTE) | 1 | 400,00 | 400,00 |
| TDM THORACIQUE -C | 1 | 1 500,00 | 1 500,00 |
| Montant Total | | | 1 900,00 Dhs |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | |
| MILLE NEUF CENT DHS ET ZERO CENTIMES | | | |



090062100

Montant Total

Arrêté la présente

MILLE N

Edité le : 20/07/2022 à 10:32

Par : ffaris



Montant Total

Arrêté la présente

102, 103 Boulevard Anoual Casablanca - Maroc - / Tél : +212 522641400 - Fax : +212 522860897/

Email : info@cliniqueinternationale.com - contact@internationalclinic.com / Patente: 37987845 - IF: 40432045



**INTERNATIONAL
clinic**

Adresse : 102, 103 Boulevard Anoual
Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 64 14 00

Fax : +212 522 86 08 97

Email : info@internationalclinic.ma

contact@internationalclinic.ma

Dossier N°

N° 027889

Bon de règlement

Nom : *Bri*

Prénom : *Fatima*

La somme de : *100 DHS*

Motif : *D'entretien*

Le : *11/07/2022*

Signature

Date: 11/07/29.

Ordonnance

Z sin Fort: hor.

138,30

- ① Augmentin 1g. p d t 7jrs
145,00 x 2 150 x 3
- ② T. o. V. 500mg 1 p x 2 p d t 7jrs
- ③ Zim K 1 p
15,30
- ④ V. t. c 1 p
- ⑤ Doliprane 1 g x 3 / 2j
- ⑥ Lovemerc 0,4 cc 1 xi 7jrs
79,70 x 2
- ⑦ AZI x 500mg 1 Zitbrennere 500mg
1 p 50 p s 1/2 p d t 7jrs

To: 603,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg cp pel b5
P.P.V: 145,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg cp pel b5
P.P.V: 145,00 DH



Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 12/2024
LOT 10061 41

UT.AV: 1 2 0 2 4 P.P.V. 7 9 7 0
LOT N°: F X 2 5 7 7 79,70
09366030/4

UT.AV: 1 2 0 2 4 P.P.V. 7 9 7 0
LOT N°: F X 2 5 7 7 79,70
09366030/4

PPV: 138,30 DH
LOT: 648429
PER: 11/23

RESPECTER LES DOS
Liste I. Uniquement s

PPV: 20DH00
PER: 01/25
LOT: L.395

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

500mg/62,50mg
Comprimé

ADULTE

32

Comprimés = 16 Prises