

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

M22- 0020685

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KERDOUN DOHANNED
 Date de naissance : 12-06-1963
 Adresse : KERDOUN9@GMAIL.COM
 Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 455,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/10/2022
 Nom et prénom du malade : KERDOUN SAAD Age : 22
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur thoracique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : RASAT Le : 04/11/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

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
29.10.22	soins	1	100	
29.10.22	CS			

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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'ODF.

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 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

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

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

Temara, le : 29/10/2022

M^r KERDOUNI SAAD,

14/10

1/Andol 1g

rep 3/0

PH-HATIM ALMANZAH
 SARL ASSOCIÉE UNIQUE
 PHARMACIEN
 Ain Ouab, El Menzeh - TEMARA
 Tél.: 06.61.31.84.34

Jr. BENDAHMANE Fahc
 Anesthésie - Réanimation
 Polyclinique Wifak
 INPE : 101167682



Temara, le : 29/10/22

Mr. Kenda SAAD

Tranquille



Jr. BENDAHMANE Fahd
Anesthésie - Réanimation
Polyclinique Wifak
INPE : 101167682



Temara, le : 29/10/22

Mr. Kenda : SAAD

- E C G

Dr. BENDAHMANE Fahc
Anesthésie - Réanimation
Polyclinique Wifak
INPE : 101167682



Dossier enregistré le : 29-10-2022
Prélèvement du 29-10-2022 à 22:49
Code patient : 2210290135
Edition du : 29-10-2022

Mr Saad KERDOUN
Né(e) le : 14-01-2000 (22 ans)
Prescripteur :
Dossier N° : 2210290135



MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine ultra-sensible (TnT)

(Technique de référence : Eclia sur Cobas Roche E411 - 4e Gén.)

0.004 ng/mL

(<0.030)

INTERPRETATION

Taux	< 0.030 ng/mL	Zone d'exclusion Si la suspicion d'IDM persiste, répéter le test à des intervalles appropriés
Taux	0.030 - 0.090 ng/mL	Zone grise Dosage à répéter entre 3 à 6 heures du test initial
Taux	> 0.100 ng/mL	Zone d'inclusion (Critère OMS dans le SCA) Zone à haut risque nécessitant une prise en charge immédiate

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

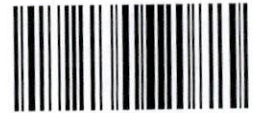
Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 221001572

TEMARA le 29-10-2022

Mr Saad KERDOUN

N° de dossier : 2210290135

Date de l'examen : 29-10-2022

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E	20
0149	Troponine	B	250

Total des B' : 250

TOTAL DOSSIER : 355.00MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante-cinq dirhams

le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, **merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales.** Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effecteur.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Abdelkarim El Khateb
Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20

POLYCLINIQUE WIFAK

F A C T U R E

N° Admission : 22J1277-01E

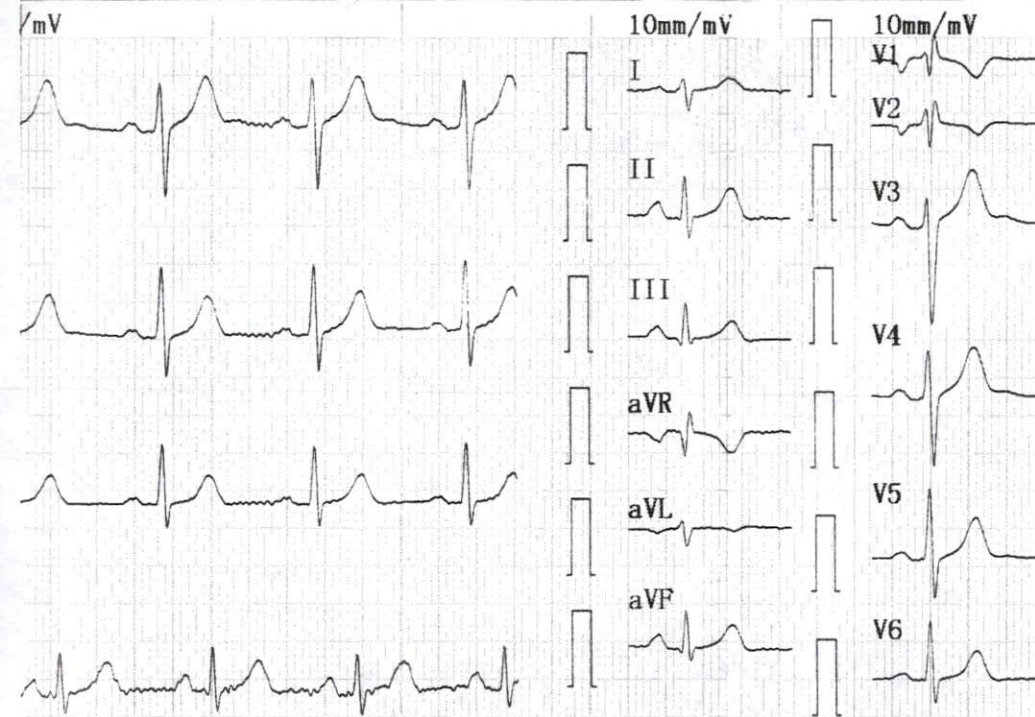
N° 9 632 / 2022 du 01/11/2022

Nom patient	KERDOUN SAAD	Entrée 29/10/2022	Sortie 29/10/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECG	1,00		100,00	100,00
CONSULTATION (URG)	1,00	GRATUIT		0,00
			Sous-Total	100,00
Total Frais Clinique				100,00
BIOLOGIE (laboratoire)	1,00		355,00	355,00
			Sous-Total	355,00
Total prestations externes				355,00

	Total général	455,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENT CINQUANTE-CINQ DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	455,00				455,00	0,00



25mm/s

polyclinique wifak srvice urgence
2022-10-29 22:15

ID : _____
Nom: kerdoun saad Sexe: Homme Age: 22
Taille: _____ cm Poids: _____ kg SYS/DIA: _____/_____ mmHg
HR [bpm] : 76
PR Interval [ms] : 183
P Duration [ms] : 118
QRS Duration [ms] : 76
T Duration [ms] : 189
QT/QTc (Bazett) [ms] : 361/405
QTc (Hodge) [ms] : 389
QTc (Framingham) [ms] : 393
QTc (Fridericia) [ms] : 390
P/QRS/T Axis [deg] : 83.3/110.8/65.3
R(V5)/S(V1) [mV] : 0.93/0.00
R(V5)+S(V1) [mV] : 0.93

****Le rapport doit être confirmé par un médecin****

Médecin _____

