

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- 0056320

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 333 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMERNISS LAHOUSSE

Date de naissance : 1937

Adresse : prairie adresse

Tél. : 0664 197818 Total des frais engagés : 1500 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/01/2023

Nom et prénom du malade : BELKRET EL RHALLA Age : 82

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 : Co. Sa Le : 14/10/2023

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
02-01-23			C6	Dr. DONHAIS Anesthésiste

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
AVIDENNE CLINIQUE DES SPECIALITES Radiologie	02-01-23	scanners Therapie	1500

AUXILIAIRES MEDICAUX

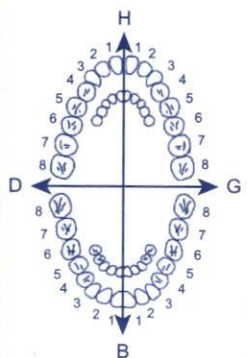
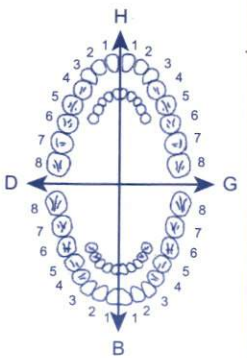
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] 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



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة
ORDONNANCE

221P

le 07/01/23

0003940826 2 01/01/1941
BELKRET
EL RHALIA PC ASS 07/01/2023
123000109
MEDECINE
SALLE LT

Pneumonie
+ for x

UPTD of thorax

CLINIQUE
DES SPECIALITES
AVENUE
DES SPECIALITES

Dr. DOUHAL Samira
Anesthésie Réanimation

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202300778	07/01/2023	Mme BELKRET EL RHALIA	Payant	07/01/2023	07/01/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
SCANNER THORACIQUE			1	1 500,00	1 500,00
Sous-total					1 500,00
Total général					1 500,00

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

Observation :

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

AVICENNE **إبن سينا**
CLINIQUE **مصحة الاختصاصات**

AVICENNE **إبن سينا**
CLINIQUE **مصحة الاختصاصات**
DES SPÉCIALITÉS
Radiologie

Casablanca , le 07/01/2023

Nom /Prénom : BELKRET EL RHALIA
Médecin prescripteur :

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE

Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC avec reconstructions MPR.

RESULTAT :

Foyers pulmonaires alvéolaires interne du lobe moyen et basal postérieur droit
Ils sont siège de bronchogramme aérique
Atteinte interstitielle des deux septale postéro basale bilatérale donnant des bandes épaisses
Absence de foyer alvéolaire excavé
Lame d'épanchement pleural à droite
Absence d'épanchement pleural à gauche
Lame d'épanchement péricardique
Ganglions médiastinaux infra centimétriques

En conclusion

Foyers pulmonaires droits compatibles avec une broncho pneumopathie : virale
Covid 19 avec une atteinte estimée à 8 % ? Bactérienne ?
A confronter aux données biologiques

En vous remerciant de votre confiance

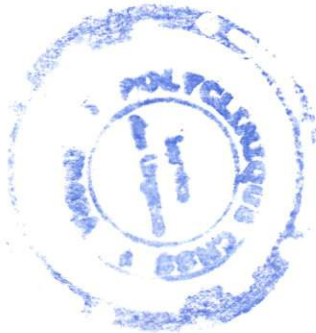

AVICENNE
UNIQUE
SPECIALITES
Radiologie

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 739944	N° SEJOUR : 230001057	FACTURE N° 2305000336	DATE D'ENTREE : 07/01/2023	DATE DE SORTIE : 07/01/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE :	
MALADE : BELKRET, El Rhalia			BELKRET, El Rhalia	
NOM JEUNE FILLE :				
TIERS PAYANT 1 :		UF: 5002 URGENCES		
TIERS PAYANT 2 :		N° IMMAT C.N.S.S :		
REF. PC 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		
REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :		

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE Oxygénothérapie par demi heure	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES METHYLPREDNISOLONE MERCK 120MG INJ X 1AM	M197	1.00	34.45	34.45					0.00	34.45
FOURNITURES MEDICALES				26.19					0.00	26.19



Total à reporter				248.14		0.00		0.00		248.14
-------------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 739944	N° SEJOUR : 230001057	FACTURE N° 2305000336	DATE D'ENTREE: 07/01/2023	DATE DE SORTIE: 07/01/2023
UF de présence: 5002	URGENCES			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				248.14		0.00		0.00		248.14

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	248.14						248.14
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUARANTE HUIT DHS ET QUATORZE CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	248.14		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 07/01/2023	EDITEE LE : 03/02/2023	PAR: CHAKRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
		BANQUE :		BMCE - INARA				
		N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91				