

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 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0026298

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BONMZAIRIG La houcine

Date de naissance : 02/07/1953

Adresse : Lot C 54 Abderrahmane Rue 29 N°60

Tél. : 06 33 52 92 00

Total des frais engagés : 1800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/02/2023

Nom et prénom du malade : A Sridou Najat Age : 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Broncho pneumopathie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

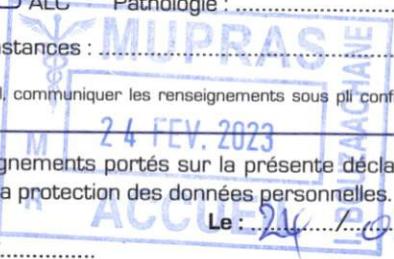
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : cas

Le : 24/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/10/2023 | | C.S | 300,00 | Hôpital Universitaire International de Rabat Pr. Assistant DANIER BOUCINA |
| 17/10/2023 | | CS G | | Hôpital Universitaire International de Rabat Pr. Assistant DANIER BOUCINA |

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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Caron</i> <i>radiologue</i> <i>07.02.05</i> | 21/04/23 | 2036 | 1500,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

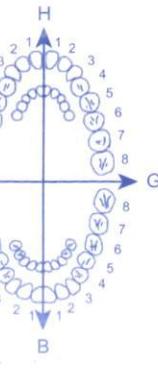
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 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 | | |
|  | | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | 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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

17/01/2023

M^r A.Sabaa Nafat
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant DAHER Bouchra
Pneumologie

TDM thoracique.

HR

de contrôle.

R.C. : 52s, envie pr PR
sous Methotrexate.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant DAHER Bouchra
Pneumologie
022 529 038 632

مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUKI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 21/02/2023

FACTURE N° : FA:00 1791/23

Nom : AFRIDOU NAJAT

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1 500,00 Dhs

MILLE CINQ CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

SCANNER THORACIQUE 1 500,00 Dhs

Total de : 1 500,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

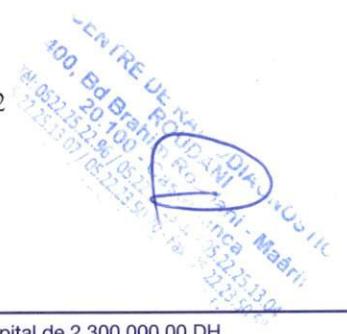
INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma

Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



Dr. Houriya AMRANI MIKOU
 Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
 Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
 Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
 Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
 Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
 Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
 I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Patient
 Médecin traitant
 Examen(s) réalisé(s)

AFRIDOU NAJAT
DR DAHER BOUCHRA
SCANNER THORACIQUE

Casablanca, Le 21/02/2023

COMPTE RENDU

RC : 53 A / Suivie pour polyarthrite rhumatoïde sous Méthotrexate.

Technique : Acquisition hélicoïdale sans injection de produit de contraste, avec reconstructions MPR.

Résultat :

Mise en évidence d'infiltrats micronodulaires au niveau du segment ventral du lobe supérieur droit, en médio et postéro-basal droits, réalisant un aspect en arbre de bourgeon.

Absence de foyer de condensation pulmonaire.

Absence de plage en verre dépoli parenchymateuse.

Absence de foyer de DDB.

Absence d'adénomégalie médiastinale ou axillaire.

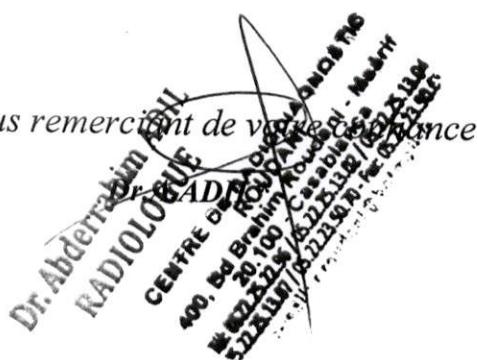
Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

En fenêtre osseuse, absence d'anomalie particulière.

Au total :

Aspect scanographique pouvant être en rapport avec une pneumopathie pulmonaire droite d'origine infectieuse, intéressant les lobes supérieur et inférieur droits : à confronter aux données clinico-biologiques et au reste du bilan.

En vous remerciant de votre confiance



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 24/02/2023
Numéro : 28 463


090061862

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
24/02/2023
28 463
090061862
E-mail : hkzb@hkzb.ma

Nom patient : AFRIDOU NAJAT

Médecin : PR. DAHER BOUCHRA
Pneumologie

2300645199

PAYANTS

| | Montant |
|-----------------------------|---------|
| CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE | 300,00 |

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS