

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

- 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.

N° W21-788622

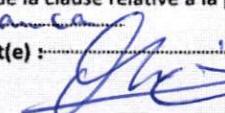
1X1212

| | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 22734 | | Société : Royal Air Maroc | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : RADA ILIAS | | | |
| Date de naissance : 28-01-1989 | | | |
| Adresse : 65 Rue El Karatine Marrakech | | | |
| Tél. : 06 78 56 92 78 | | Total des frais engagés : 1500 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 22/02/2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : RADA ILIAS Age: 34 | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Tumeur | | | |
| 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 : Casablanca Le : 22/02/2023
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 21/02/83 | PTD | 1500 DH |
| | | H. Bourdage | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

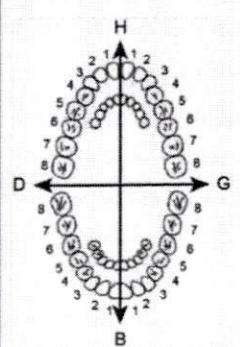
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|---|--|---|
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">G</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | G | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | G | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE
LE MARRAKECH

مصحة
مراكش

Marrakech, le : 22.02.2023

ILIAS RADA

Dr ALADLOURI C.M.
Médecin Radiologue
Institut Supérieur d'Imagerie conventionné
Clinique Le Marrakech, quartier Masmoudi, Targa 4000
Tél: 0524396565 - 0524396011

Dr ALADLOURI C.M.
Médecin Radiologue
Institut Supérieur d'Imagerie conventionné
Clinique Le Marrakech, quartier Masmoudi, Targa 4000
Tél: 0524396565 - 0524396011

recherche # Cordele
Anatomie gauche

Dr BEN YOUSSEF HOUSSAINI ALI
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
& TRAUMATOLOGIE
Cité Yousef Ben Tachefine
Guéliz
T. 0524433063

Dr BEN YOUSSEF HOUSSAINI ALI
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
& TRAUMATOLOGIE
Cité Yousef Ben Tachefine
Rés Tissir n°10 route de Targa Guéliz
T. 0524432863



CLINIQUE
LE MARRAKECH

Quartier Masmoudi Targa Zdaghia, 40000 - Marrakech - Maroc

05 24 39 65 65 05 24 39 65 66

Consultation et prises de rendez-vous : 05 24 39 65 60

urgences 24/24 : 05 24 39 65 00

IF: 15186202 - TP : 46223231 CNSS : 4711827 - ICE : 001685287000048 www.cliniquelemarakech.ma

مصحة
مراكش

حي المصمودي، تاركة الرداغية، 40000 - مراكش - المغرب

05 24 39 65 65 05 24 39 65 66

الفحوصات ولماوعيد : 05 24 39 65 60

المستعجلات 24/24 : 05 24 39 65 00



AMAL Radiologie

مركز طبي للفحص بالأشعة الأشعة
Centre de radiologie al Amal

Marrakech Le : 22/02/2023

Facture N° 1742/23

Etablie par FATIMEZZAHRA ADMIN Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3B222466

N° Identifiant : 23022466/23

Nom & Prénom : RADA ILIAS

C.I.N. :

Date Début : 22/02/2023

Date Fin : 22/02/2023

Adresse :

Traitement : Ablation de catheter

Médecin : ALADLOUNI SANA

| Prestations | Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Montant |
|-------------|-----|---------|------|------|---------|
|-------------|-----|---------|------|------|---------|

IMAGERIE MEDICALE

| | | | | | |
|----------------|---|----------|--|--|----------|
| Tdm thoracique | 1 | 1 500,00 | | | 1 500,00 |
|----------------|---|----------|--|--|----------|

Total Rubrique : 1 500,00

PARTIE CLINIQUE :

| | |
|----------------------|-----------------|
| TOTAL FACTURE | 1 500,00 |
|----------------------|-----------------|

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille cinq cents Dirhams

Cachet et signature

Dr ALADLOUNI SANA
Medecin Radiologue
imagerie diagnostique et interventionnelle
Clinique la Masmoudi, quartier Masmoudi, Targa 40130
Tél : 05 24 39 65 80 / 05 24 39 65 66

Marrakech le :

Le 22.02.2023

TDM THORACIQUE

Dr. ALADLOUNI Sana
 Spécialiste en radiologie

Dr. ELATIQLI Kenza
 Spécialiste en radiologie

I.R.M. HAUT CHAMP
 (1,5 TESLA)

SCANNER
 CORPS ENTIER
 16 BARETTES

DENTA SCAN

RADIOLOGIE
 GENERALE
 NUMERIQUE

TOMOSYNTHÈSE
 MAMMOGRAPHIE

OSTEODENSITOMETRIE

ECHOGRAPHIE
 DOPPLER

Indication: recherche de fracture costale antérieure gauche.

Technique :

Examen fait sans injection de produit de contraste, avec reconstructions dans les trois plans de l'espace.

Résultats :

- Absence de trait de fracture visible.
- Absence de pneumothorax ou de pneumo-médiastin.
- Absence d'épanchement liquidiens pleuro péricardique.
- Petite atélectasie en bande dorso-basale gauche.
- Micro nodule calcifié latéro-basal droit séquellaire.
- Pas de nodules parenchymateux suspects.
- Absence d'adénomégalies médiastinales de taille significative.
- Absence de lésion osseuse suspecte.

CONCLUSION

- Pas de lésion post traumatique décelable sur cet examen.

Merci de votre confiance

Dr ALADLOUNI SANA
 Médecin Radiologue
 Imagerie diagnostique et interventionnelle
 Clinique le Marrakech, quartier Masmoudi, Targa 4011
 Tel: 05 24 39 65 80 / 05 50 00 00 27
 Mobile: 07 17 77 17 77