

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-788622

151212

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22734 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RADA ILIAS

Date de naissance : 28-01-1989

Adresse : 65 Rue El Karachine Marrakech

Tél. : 06 7856 9278 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 : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme Crânien


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.

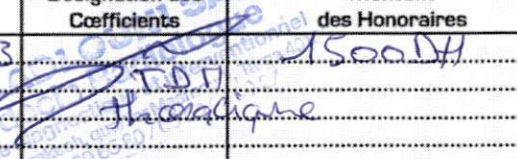
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

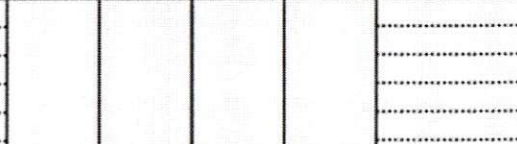
Fait à : Casablanca Le : 22/02/2023

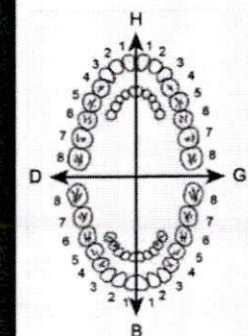
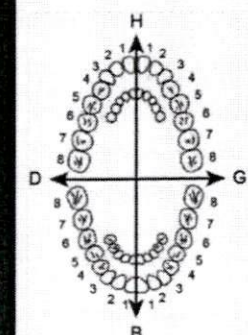
Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 22/02/23 | CS | | G | INP : <input type="text"/> |
|  | | | | |

| 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 Particien | 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 : Veuillez 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (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

Marrakech, le : 22.02.2023

ILIAS RADA

Dr ALADLOUHI
Médecin Radiologue
C. S. Soussi
Clinique le Marrakech, quartier Masmoudi, Targa 4, 1
Tél : 05 24 39 65 65

recherche # Corole
Aukien jenne

DR BENDJHOUD ALI
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
& TRAUMATOLOGIE
Ché Youssef Ben Tachefine
Rue Tassir 4 Route de Targa
Guéliz
Tél : 05 24 43 28 63

DR BENDJHOUD ALI
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
& TRAUMATOLOGIE
Ché Youssef Ben Tachefine
Rue Tassir 4 Route de Targa
Guéliz
Tél : 05 24 43 28 63

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 :

1 500,00

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 interventionnel
 Clinique la Masmoudi, quartier Masmoudi, Targa 40130
 Tél : 05 24 39 65 80 / 05 24 39 65 66



AMAL Radiologie

مركز طبي للفحص بالأشعة الأمل
Centre de radiologie al Amal

Marrakech le : _____

Le 22.02.2023

TDM THORACIQUE

NOM ET PRENOM : RADA ILIAS

MEDECIN TRAITANT : DR BENOUHOUD

Dr. ALADLOUNI Sana
Spécialiste en radiologie

Dr. ELATIQUI Kenza
Spécialiste en radiologie

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

SCANNER
CORPS ENTIER
16 BARETTES

DENTA SCAN

RADIOLOGIE
GENERALE
NUMERIQUE

TOMOSYNTHESE
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 liquidien 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 interventionnel
Clinique le Marrakech, quartier Masmoudi, Targa 40130
Tél : 05 24 39 65 80 / 06 50 63 63 27
Marrakech

CLINIQUE LE MARRAKECH

Quartier Masmoudi, Targa, 40130 - Marrakech - Maroc

☎ 05 24 39 65 80 ☎ 05 24 39 65 66 * Urgences 24/24 : 05 24 39 65 00

Prise de rendez vous au numéro : 05 24 39 65 80

مصحة مراكش

حي المصمودي، تاركة، 40130 - مراكش - المغرب

* 05 24 39 65 00 : 24/24 المستعجلات ☎ 05 24 39 65 80 ☎ 05 24 39 65 66

المواعيد : 05 24 39 65 80