

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.

Options:

- 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

- 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 ALG :

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 28 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

NO W21-788414

155309 ¹⁰⁵ first

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12628	Société : ASN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Eloussi HANZA			
Date de naissance : 04/10/1988			
Adresse : 11 Rue Cadi Ayad Appart 2 Misser Jemaa Bel			
Tél. : 0661186792	Total des frais engagés : 1081,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <i>Dr. Sebou, N° 14</i> <i>Tél : 05.37.77.14</i> <i>INP : 0015800912371</i>	
Date de consultation :	<i>21/02/2004</i>
Nom et prénom du malade :	<i>BEN ABBAS ABD</i>
Age :	<i>33 ans</i>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>Acouphènes</i>
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 : Bobigny

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/02/2023

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
24/12/2013	C.S		65000 - 00	INP 10/12/2013 INP 15/01/2014
24/12/2013	R.BH	60000	Dr. EALTA Pédiatre - Néonatalogiste Pratique Fédérale Assurance Axa AV. Einhard 11 1000 Bruxelles	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
100062384	24/10/2013			F. C	139,- C. G.
	24/10/2013				

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td>INP : <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>DATE DU DEVIS <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>DATE DU DEVIS <input type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>			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"/>			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"/>		
		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"/>																																									
				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"/>																																									
				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"/>																																									
ODF PROTHÉSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	B																																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																													
H	G																																												
25533412 00000000	21433552 00000000																																												
00000000 35533411	00000000 11433553																																												
B																																													



Rabat, le : 23/02/2023

BON D'EXAMEN

NOM PRENOM : Ben ABDeslam KIM

DOSSIER N° : CHAMBRE N° :

SYMPTÔMES :

EXAMENS DEMANDES :

- ion e complet
- Transaminase
- NFS



محلقى شارع النخيل والطريق الدائري 5، حى الرياض - الرياط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma

CENTRE DE BIOLOGIE BENNANI

323, Lot Wafa Imm 2 n° 5/6 Hay Farah, Hssain – Salé

PATENTE: 28860333 N° CNSS: 4876704 IF: 24992532 ICE: 002026453000074 INPE: 103061693



FACTURE N° : 230200877

SALE le 23-02-2023

N.né FILLE DE MME BEN ABDESLAM Rim

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E15	E
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0120	Ionogramme complet(Na, K, Cl, Prot, RA, Ca)	B160	B
0135	Urée	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B et HN : 430

TOTAL DOSSIER : 591.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingt-onze dirham vingt centimes.

Dr. Benhannan Dalal
CENTRE DE BIOLOGIE
Médecin Biologiste



INPE : 100062884

FACTURE

RABAT Le : 24-02-2023

page 1 / 1

Identification		Organisme : ICE :	
N° Dossier : 23B21041803			
Nom & Prénom : Mme BEN ABDESLAM RIM			
C.I.N. : Date Naissance : 30-04-1989 Adresse : 11 RUE CADY AYAD APPT 7 DIOUR JAMAA RABAT			
Médecin traitant		Traitemen	
DR. LAMZIBRI REDA		CESARIENNE	
HOSPITALISATION			
COMPLEMENT CHAMBRE		Qté	Prix U
		3	1 600,00
			4 800,00
			Sous Total
			4 800,00
PRESTATIONS			
NURSERIE		3	100,00
			300,00
ACCOMPAGNANT		3	300,00
MONITORING		1	150,00
			150,00
			Sous Total
			1 350,00
PHARMACIE INTERNE			
COMPLEMENT PHARMACIE		1	489,02
			Sous Total
			489,02
TOTAL PARTIE CLINIQUE		6 639,02	
HONORAIRES MEDICAUX			
DR. SADIQ NAIMA (PEDIATRE)		1	600,00
			Sous Total
			600,00
LABO EXTERNE			
CENTRE DE BIOLOGIE BENNANI		1	591,20
			Sous Total
			591,20
TOTAL PARTIE AUTRUI		1 191,20	
TOTAL GENERAL		7 830,22	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SEPT MILLE HUIT CENT TRENTÉ DIRHAMS VINGT-DEUX CENTIMES**

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
TPE		2 125,00 Dh	0,00 Dh
ESPECE		5 705,22 Dh	

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
Secteur 1 - Bloc W - N° 1212537562200
Télé: +212 537 562 200 (17)
Fax: +212 537 564 647
E-mail: contact@pira.ma

0661186797

Facture: 202303437
 Date facture: 24/02/2023
 Séjour : Du 21/02/2023 au 24/02/2023
 Patient : Mme BEN ABDESLAM RIM
 N° Dossier : 23B21041803
 Organisme : MUPRAS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ACUPAN 20MG/2ML INJ	6,34 Dh	2	12,68 Dh
ALCOOL 1 L A 70 °	1,52 Dh	5	7,60 Dh
ALESE MATELAT 180 x 90	9,10 Dh	7	63,70 Dh
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	2	37,60 Dh
BANDELETTES DEXTRO	4,73 Dh	1	4,73 Dh
CLAMP OMBILICAL	6,50 Dh	2	13,00 Dh
COMPRESSE 10X10/5	3,12 Dh	1	3,12 Dh
COMPRESSE 5'5/5	1,30 Dh	3	3,90 Dh
COMPRESSE 7.5'7.5/5	2,04 Dh	4	8,16 Dh
COUCHE ADULTE LARGE	12,65 Dh	8	101,20 Dh
ELECTRODE	1,84 Dh	6	11,04 Dh
GANT STERILE 6.5	10,00 Dh	1	10,00 Dh
GANT STERILE 7.5	10,00 Dh	2	20,00 Dh
GANTS JETABLE MEDIUM	1,95 Dh	38	74,10 Dh
JERSY 7.5 CM	9,36 Dh	1	9,36 Dh
KONAKION 2MG PED	15,46 Dh	1	15,46 Dh
LAIT NOVALAC 1 ER AGE	75,00 Dh	1	75,00 Dh
LANCETTES MICROLET BOITE DE 200	3,90 Dh	1	3,90 Dh
PROFENID 100 MG IV	4,90 Dh	2	9,80 Dh
SERINGUE 1 CC	3,00 Dh	3	9,00 Dh
SERINGUE 10 CC	3,90 Dh	10	39,00 Dh
SERUM GLUCOSE 5 % 500 ML POCHE	13,10 Dh	4	52,40 Dh
SÉRUM SALE 0.9% 100 ML POCHE	9,59 Dh	1	9,59 Dh
SONDE D'ASPIRATION CH 8 POLYMED	6,50 Dh	1	6,50 Dh
TEGADERM +PAD 9*20 CM (25)	15,03 Dh	1	15,03 Dh
TEGADERM 9X25CM + PAD	24,82 Dh	1	24,82 Dh
AIGUILLE DE RACHIS ORANGE (A. SPINALE 25G*90 MM) REF (2195125)	54,60 Dh	1	54,60 Dh
ALESE MATELAT 180 x 90	8,45 Dh	2	16,90 Dh
ATROPOINE 1MG INJ	1,80 Dh	1	1,80 Dh
BAITANET D 120ML BETADINE	9,40 Dh	1	9,40 Dh
BAVETTE ELASTIQUE	2,60 Dh	6	15,60 Dh
BRACELET NOUVEAU NEE ROSE	5,00 Dh	2	10,00 Dh
BROSSE BETADINE STERILE	11,70 Dh	2	23,40 Dh
BUPIVACAIN RACHIANESTHESIE BOITE DE 20 AMP/4ML	23,93 Dh	1	23,93 Dh
CASIQUE NON STERILE	11,05 Dh	1	11,05 Dh
CASIQUE RENFORCE LARGE	45,50 Dh	2	91,00 Dh
COMPRESSE 10 *10/10	7,48 Dh	2	14,96 Dh
ELECTRODE	1,96 Dh	5	9,80 Dh
EPHEDRINE 30MG/ML	9,28 Dh	1	9,28 Dh
FENTANYL 0.1 MG/2 ML	3,78 Dh	1	3,78 Dh
GANT STERILE 8	10,00 Dh	4	40,00 Dh
GANT STERILE NON POUDREE 6.5	11,05 Dh	3	33,15 Dh
INTRANULE VERTE 18G	7,00 Dh	1	7,00 Dh
KEFZOL 1G	18,70 Dh	2	37,40 Dh
LAME DE BISTOURI N 23	3,90 Dh	1	3,90 Dh
LAME DE RASOIR	13,00 Dh	1	13,00 Dh
LIDOCAINE 2% - 20 ML	10,30 Dh	1	10,30 Dh
LUNETTE A OXYGENE ADULTE	7,80 Dh	1	7,80 Dh
MONOCRYL 4/0 CT 3/8 19MM REF ETHY422H	92,43 Dh	1	92,43 Dh
PABAL 100MCG/ML	200,00 Dh	1	200,00 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	10,40 Dh	1	10,40 Dh
PLAQUE DE BISTOURI	44,00 Dh	1	44,00 Dh
SERINGUE 5 CC	3,90 Dh	2	7,80 Dh
SERUM SALE 0.9 % 500 ML	12,80 Dh	4	51,20 Dh
SONDE DE FOLEY A/B EN LATEX JAUNE CH 14	12,60 Dh	1	12,60 Dh
SPARADRA HYPOPLAST 10*10	7,80 Dh	3	23,40 Dh
TEGADERM 6CMX7CM FILM (3M-1623 W)	5,43 Dh	1	5,43 Dh
TROUSSE CESARIENNE	201,50 Dh	1	201,50 Dh
VICRYL 1 CR 1/2 40MM REF (V359H)	61,48 Dh	3	184,44 Dh
VICRYL 1 CR 1/2 C 36 MM REF JV325	67,08 Dh	1	67,08 Dh

1 989,02 Dh



Polyclinique Internationale
Riad Annakhal

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 21-02-2023

Date de sortie: 24/02/2023 10h00

DR. SADIQ Naima

PATIENT : Mme BEN ABDESLAM RIM

HONORAIRES : 600,00 Dh
(SIX CENTS DIRHAMS)

Dr. RADIO Nantes
Radiologue - Néphrologie
Radiologue - Radiologie
Rue Elie Escoffier 170193 - 44329
Tél: 02 51 23 15 15 - Fax: 02 51 23 15 16

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
Secteur 11, Bloq. 4, N°4 Av. Annakil
Hay Riad, Rabat, Maroc
Tel. 73 53 52 52
Fax. 73 53 52 52



**Polyclinique
Internationale
Riad Annakhl**

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 23B21041803

NOM DU PATIENT Mme BEN ABDESLAM RIM

MÉDECIN TRAITANT LAMZIBRI REDA

PRISE EN CHARGE MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE 20230470020137

DATE D'ENTREE 2023-02-21 04:18:03

DATE DE SORTIE 2023-02-24 10:00:00

*POLYCLINIQUE INTERNATIONA
RIAD ANNAKHL
Secteur 11, Bld. N° 2, Hay Riad - Rabat
Tél: +212 537 822 000 (17)*