

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.

Declaration de Maladie

N° W21-805905

166738

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **7647** Société : **RAT**

Matricule : **7647** **Actif** **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : **RADI** **ABDELJALIL**

Date de naissance : **26 / 02 / 1962**

Adresse : **Lot esyad esalam n° 149** **ESYAD**

Tél. : **06 5835 9897** Total des frais engagés : **100000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **RAD P** **ABDELJALIL**

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **COLONOSCOPIE**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements **confidentiels** 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 :

Signature de l'adhérent(e) : **uy**

Le : **15/06/2023**



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
19/06/23	U.F		2620.00	INP : 060065182 Service Facturation Clinique Internationale de Mohammmedia Boulevard Mohammed VI Mohammmedia INPE : 060065182

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

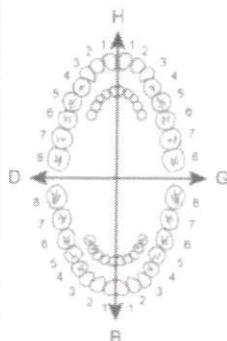
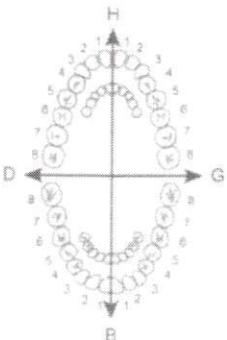
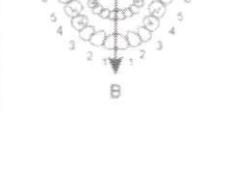
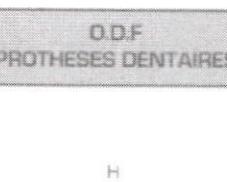
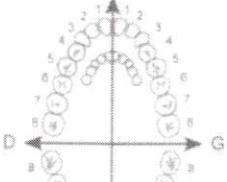
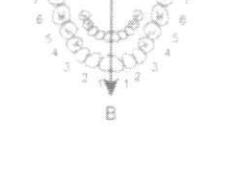
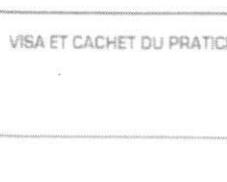
VOLET ADHERENT

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	INP :															
				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"/>															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
du foie & de l'Anus

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abcès

Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie

Ex chef de service de Gastro-entérologie

à l'hôpital Mly Abdellah Mohammadia

طبيب إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد ، المعدة ، الأمعاء ، البواسير

الفحص بالأمواج فوق الصوتية ، الفحص بالمنظار الداخلي

للمعدة والمعى الغليظ

تشخيص وجراحة أمراض المخرج

رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقًا بمستشفى

مولاي عبد الله المحمدية



Mohammadia Le: 19/06/2023

M. Rassi ملوك رassi

RL , Dinct حج 2
cf ٥٤٠٢٨

→ Ikonolog

Dr. Nourdine MALLOUK
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif du Foie et de l'Anus
Fax: 0523 32 14 19 - GSM: 0661 182 70

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MOHAMMADIA



060065182

MOHAMMADIA Le : 19-06-2023

Facture N° 04190/23

A. Identification

N° Dossier : CIM23F19083836 N° Identifiant : 002465/23
Nom & Prénom : M. RADI ABDEL-ELILAH
C.I.N : B734600
Adresse : LOT RIYAD ESSALAM NR 149

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Médecin traitant : DR . MALOUK NOURDINE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	COLONOSCOPIE		2 420,00			2 420,00
PRESTATIONS						
1	ECG		200,00			200,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
DEUX MILLE SIX CENT VINGT DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
signature de l'assuré						
TOTAL GENERAL						
2 620,00						
0,00						

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 19-06-2023

Date Sortie : 19-06-2023

Traitements : COLONOSCOPIE

Service Facturation
Clinique Internationale de Mohammedia
Boulevard Mohammed VI
Mohammedia
INPE : 060065182



Clinique Internationale de Mohammedia

المَرْكَةُ الدُّولِيَّةُ لِلْمَحَمَّدِيَّةِ

RAPPORT COLOSCOPIE

Patient : RADI ABDEL-ELILAH

Date d'intervention : 19/06/2023

INDICATION :

DIARHEE CHRONIQUE AVEC CALPO A 4000

EXAMEN :

A l'inspection : RAS

Toucher rectal : Le doigtier revient propre

Anuscopie : Muqueuse normale

Colonoscopie :

Au niveau de la jonction recto-sigmoidienne :

Muqueuse d'aspect normal.

Au niveau du colon gauche : muqueuse normale

Au niveau du transverse : muqueuse normale

Au niveau du colon droit jusqu'au coecum : muqueuse normale

CONCLUSION :

Coloscopie normale

Service Facturation
 Clinique Internationale de Mohammedia
 Boulevard Mohammed VI
 Mohammedia
 INPE : 060065182

Fait à MOHAMMADIA , le 19/06/2023

Spécialiste des Maladies
 de l'Appareil Digestif
 Avenue Abderrahmane Serghini
 BP 10 Mohammedia
 Tél. : 05 23 28 91 91 - Fax : 05 23 32 88 64
 E-mail : direction@clinique-internationale-mohammedia.ma
 Site web : www.clinique-internationale-mohammedia.ma
 ICE : 003205405000084 - RC : 32249 - IF: 53571925

Boulevard Mohammed VI, à côté de Station Shell-Marjane, Mohammedia

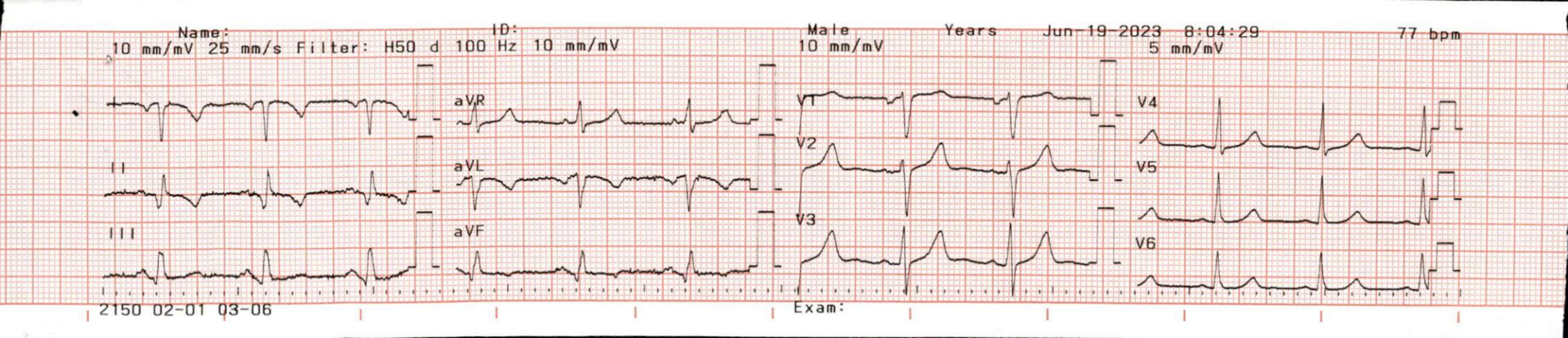
Tél. : 05 23 28 91 91 - Fax : 05 23 32 88 64

E-mail : direction@clinique-internationale-mohammedia.ma

Site web : www.clinique-internationale-mohammedia.ma

ICE : 003205405000084 - RC : 32249 - IF: 53571925

about:blank



Name:

ID:

Sex: Male

Years

Vent. rate

77 bpm MINNESOTA(03-06)

PR int

146 ms 1-1-1 2-2

QRS dur

88 ms 4-3 5-2

QT/QTc(E) int.

390/422 ms 9-4-1 9-8

P/QRS/T axis

137/ 139/ 189

RV5/SV1 amp

1.800/ 0.735 mV

RV5+SV1 amp

2.535 mV

Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam:

Jun 19 2023 8:04:29

1220 Rapid atrial rhythm

4664 Twave abnormality, possible inferior ischemia

5120 Possible right ventricular hypertrophy

0101 Possible arm leads reversed, check lead requested

9150 ** abnormal ECG **