

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Declaration de Maladie

N° W21-805905

166738

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7647

Société : RAY

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RADI ABDELILAH

Date de naissance : 26 / 07 / 1962

Adresse : Bet Riyad ex ALATA N° 149

Chopinadia

Tél. : 06 5835 9897

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RADI ABDELILAH

Age :

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 dans un 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

ADHERENT

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
19/10/23	U.F.		2620,00	<div> <div>TMP : 06065482</div> <div> <div>Service Factures</div> <div>Clinique Internationale</div> <div>Boulevard M...</div> </div> </div>

19/10/23 U.F. 2620.00

INF: 06065482

Service Factures
Clinique Internationale
Boulevard M...

Service Facturation
Boulevard Mohammed VI
Mohammed VI
INPE : 060065182

[illegible][illegible][illegible]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

--	--	--	--	--	--	--	--

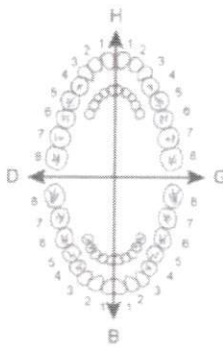
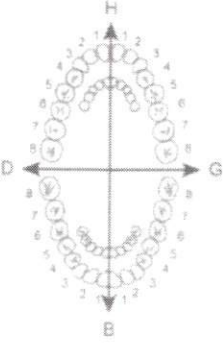
VOILE ADHERENT

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"/>														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		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																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

INP: | | | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

63

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abscès
Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie
Ex chef de service de Gastro-entérologie
à l'hôpital Mly Abdellah Mohammadia



طبيب إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد ، المرارة ، المعدة ، الأمعاء ، البواسير
الفحص بالأمواج فوق الصوتية ، الفحص بالمنظار الداخلي
للمعدة والمعي الغليظ
تشخيص وجراحة امراض المخرج
رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقا بمستشفى
مولاي عبدالله المحمدية

Mohammadia Le: 19/06/2023

M. Razi Abdelilah

Re : Diarrhée
cf écoulement

→ Proctologie

Dr. Nourdine MALLOUK
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif du Foie et de l'Anus
Fix. 0523 32 14 19 - GSM 0661 182 701

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MOHAMMADIA



MOHAMMADIA Le : 19-06-2023

A. Identification
N° Dossier : CIM23F19083836
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 :

Facture N° 04190/23
N° Identifiant : 002465/23

Médecin traitant : DR . MALOUK NOURDINE

C. Débiteur
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

page 1/1

Traitement : COLONOSCOPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	COLONOSCOPIE		2 420,00			2 420,00
Total Rubrique :						2 420,00
PRESTATIONS						
1	ECG		200,00			200,00
Total Rubrique :						200,00
PARTIE CLINIQUE :						2 620,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 2 620,00

DEUX MILLE SIX CENT VINGT DIRHAMS
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

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



AKDITAL

Clinique Internationale de Mohammadia
المصحة الدولية للمحمدية

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-sigmoïdienne :

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 Mohammadia
Boulevard Mohammed VI
Mohammedia
INPE : 060065182

Dr. MALLOUK NOURDINE
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Avenue Abdelrahmane Serghini
Im 71 Rawia Appt 10 Mohammadia
INPE 0910899805

Fait à MOHAMMADIA , le 19/06/2023

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

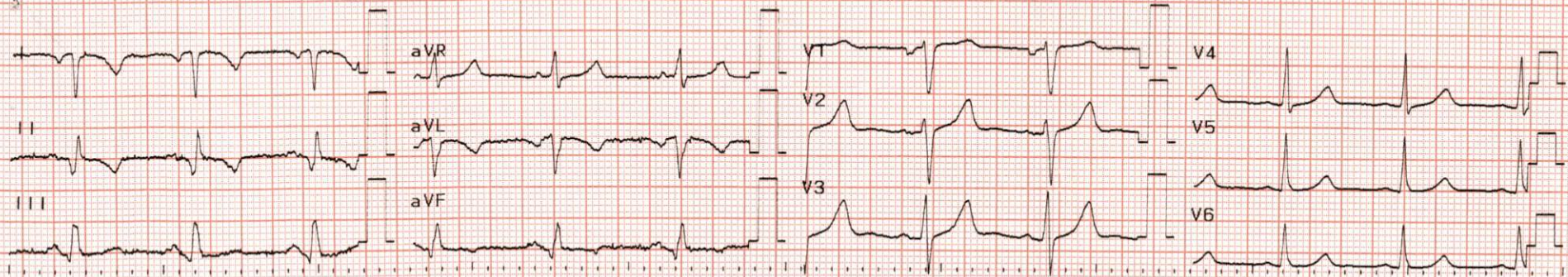
Tél. : 05 23 28 91 91 - Fax : 05 23 32 88 64

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

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

ICE : 003205405000084 - RC : 32249 - IF: 53571925

Name: ID: Male Years Jun-19-2023 8:04:29 77 bpm
10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz 10 mm/mV 10 mm/mV 5 mm/mV



2150 02-01 03-06

Exam:

Name: Jun-19-2023 8:04:29

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:

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 **