

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-815753

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1600

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUDGHIRI ABDELLAH

Date de naissance : 21/3/1948

Adresse : CHANTIMAR - IMPASSE Rue 1 - N° 24 -
CASA

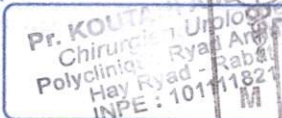
Tél : 06 61 31 00 04

Total des frais engagés : 3214,-

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



15 NOV 2023

Date de consultation : 8, 11 / 2023

Nom et prénom du malade : LOUDGHIRI ABDELLAH

Age : 1948

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 :

Le : 8 / 11 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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'Honneur - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Honoraires
8/11/23	Injection		500DH	

Cache et signature du Médecin
attestant le Paiement des honoraires

INP : **Pr. KOUTANI Abdelatif**
Chirurgie Urologie
Polyclinique Riad Annakhil
Hay Riad - Rabat
INPE : 101111821

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

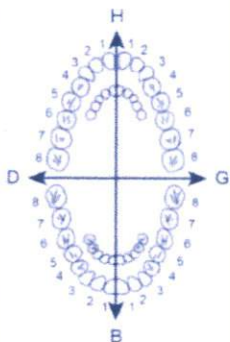
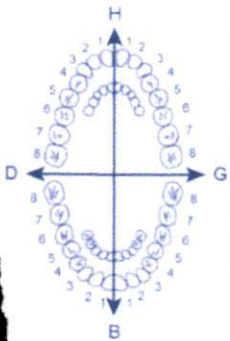
[illegible]

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 canalaires, 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412</p> <p>00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>21433552</p> <p>00000000</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <p>D</p> <p>G</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <p>00000000</p> <p>00000000</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <p>35533411</p> <p>11433553</p> </div> <p style="text-align: center;">B</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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

Important :

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

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 23/11/2008

2714,00

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
SERVICE ONCOLOGIE (21)
Tél : +212 537 542 000
E-mail : contact@pira.ma

M. Longue - M. Sidi

Decaptyl 11,25

Maphar
Bd Alkima N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Decapeptyl 1p 11.25mg
Iyo Injb1 cl
PH : 2714.00 DH



Pr. KOUTANI Abdellatif
Chirurgien Urologue
Polyclinique Ryad Annakhil
Hay Ryad - Rabat
INPE : 10111821



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

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



Rabat, le : 08/11/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur :

Présente à M : LOUDGHIRI Abdelhak

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de : 500,00 DHS

Pour l'acte : Injection

Et vous prie d'agréer l'expression de ses sentiments les plus distingués.

Dr. KOUTANI Abdelhak
Chirurgien Urologue
Polyclinique Riad Annakhil
Hay Riad - Rabat
INPE : 10111321



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

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



**Polyclinique
Internationale
Riad Annakhil**



INPE : 100062884

FACTURE N° 202318940

RABAT Le : 08-11-2023

page 1 / 1

Identification

N° Dossier : 23K08095029

N°IPP : 078228/23

Nom & Prénom : M. LOUDGHIRI ABDELLAH

C.I.N. : B223802

Date Naissance : 21-03-1948

Adresse : CASA

Organisme : Payant

ICE :

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 08-11-2023

Date Sortie : 08-11-2023

Médecin traitant

DR. KOUTANI ABDELLATIF

Traitement

INJECTION

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
PHARMACIE		1	2 714,00			2 714,00
Sous Total						2 714,00
TOTAL PARTIE CLINIQUE						2 714,00
TOTAL GENERAL						2 714,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX MILLE SEPT CENT QUATORZE DIRHAMS**

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
SERVICE GYNCOLOGIE (21)
Tél : +212 537 542 000
E-mail : contact@pira.ma

Facture:
Date facture:
Séjour : Du 08/11/2023 au 08/11/2023
Patient : M. LOUDGHIRI ABDELLAH
N° Dossier : 23K08095029
Organisme : PAYANT MUPRAS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
DECAPEPTYL 11.25 MG INJ	2 714,00 Dh	1	2 714,00 Dh
			2 714,00 Dh

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
SERVICE ONCOLOGIE (21)
Tél : +212 537 542 000
E-mail : contact@pira.ma