

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.

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



0661108831
Déclaration de Maladie

N° M20- 0006705

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8223 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUGTA LEILA ep. CHRAÏB
 Date de naissance : 08/08/1969
 Adresse :
 Tél. : 0661188148 Total des frais engagés 500 + 146 + 2200 + 64252 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : CHRAÏB Sana Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Actes
11-06-23	C S		500,00	

11-06-23	C 51		500,00	
----------	------	--	--------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26-23	

	
---	---

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/06/83	Scanner ABDO-Pelvien	F 22,00 OH

11/06/08	Scammer ABDQ-Pelvien	f. 2200 OH
----------	----------------------	------------

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11-2-83		voir la facture			642,52
			ci-jointe			

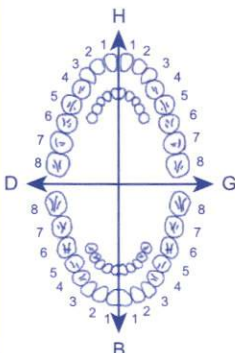
11-6-03	voir la facture ci-jointe.	642,52
---------	----------------------------	--------

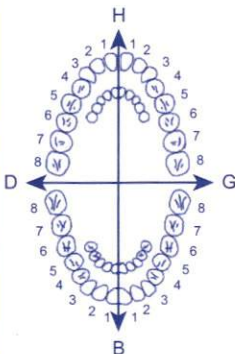
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

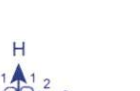
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible]

	H 25533412 00000000 21433552 00000000	Coefficient des Travaux 	
	D 00000000 35533411 G 00000000 11433553	B	Montants des Soins
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du Devis
	 		Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 09/06/2013

M. SARA CHRAËBI

1970

① - Apazide

27,50

Ураба

Q.

sp/ps/ps

14,50

7 gr 231)



André

67.0

П сраз31,

④

le bra leuvre

à Reporter
128,70

128,70

such x 81 g

EXP :
LOT N° :

17.30 $\rightarrow$ $q + 3k$

146.00

709, De Alcazar Kmitz - Casaplanas
ICE : 002334512000037

CA
a
Jules Gros
CHABLANCA - OASIS
TEL: 022.99.08.75

PHARMACIE LAKBIRA
NAJME Karima
 62, Rue Chasseur Jules Gro
CASABLANCA-OASIS
 Tél: 022.99.08.75



AKDITAL

Clinique Da Vinci
مصحة دا فنشي

Casablanca, le 11.06.2023.

CHRAËBI SARAH

Age : 76 ans

AD m. rny

Drs Abdomen au
fossé iliaque droit +
Vomissement

→ sup pour T Rn Abdomen.
peu

CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 11-06-2023

Facture N° 03903/23

A. Identification

N° Dossier : VNC23F11100910

N° Identifiant : 015813/23

Nom & Prénom : Mme CHRAIBI SARA

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-06-2023

Date Sortie : 11-06-2023

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : URGENCE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		500,00			500,00
1	PERFUSION		200,00			200,00
1	AMI		200,00			200,00
Total Rubrique :						900,00
RADIOLOGIE						
1	SCANNER ABDOMINO-PELVIEN		2 200,00			2 200,00
Total Rubrique :						2 200,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		242,52			242,52
Total Rubrique :						242,52
PARTIE CLINIQUE :						3 342,52
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						3 342,52

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE TROIS CENT QUARANTE-DEUX DIRHAMS CINQUANTE-DEUX CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

709, Bd Modibo Keita - Casablanca
ICE : 002334512000037
AF CNSS : 5243481, IF : 39401175, RC : 447517
RIB : 230780316436422100950048 Patente : 34750367
- BANQUE CIH -

CLINIQUE DA VINCI

Séjour : Du 11/06/2023 au 11/06/2023

Patient : Mme CHRAIBI SARA

N° Dossier : VNC23F11100910

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
CLOPRAME 10 MG INJECTA (10)	1,39 Dh	1	1,39 Dh
COMPRESSE STERILE 5X5/10	3,08 Dh	1	3,08 Dh
GANT D'EXAMEN NITRILE	0,75 Dh	2	1,50 Dh
INTRANULE G20 ROSE	2,28 Dh	1	2,28 Dh
OMNIPAQUE 300MG / 50ML	116,50 Dh	1	116,50 Dh
ONDANSETRON 8MG/4ML 1AMP	80,00 Dh	1	80,00 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	8,00 Dh	1	8,00 Dh
SERINGUE 10 CC	1,65 Dh	1	1,65 Dh
SERINGUE DE VIS 50CC	7,35 Dh	1	7,35 Dh
SERUM SALE 0.9% 100ML POCHE	14,50 Dh	1	14,50 Dh
TEGADERM IV 6CM*7CM	6,27 Dh	1	6,27 Dh
			242,52 Dh

CLINIQUE DA VINCI
Clinique de Vinci 2
709, Bd du 11/11/58 - Casablanca
ICE : 05333451200031



AKDITAL

Clinique Da Vinci
مصحة دا فنشي

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
مركز الفحص بالأشعة

• Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérisée • Echographie / Echo Doppler
• IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

11/06/2023

PATIENT : CHRAIBI SARA

PRESCRIPTEUR: MEDECIN RADIOLOGIE

SCANNER ABDOMINO-PELVIER

TECHNIQUE : Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC.

RESULTATS :

- Appendice de diamètre normal, aéré.
- Discret épaissement localisé d'une anse iléale de la FID, mesurant 6mm.
- Foie de taille normale, de contours réguliers, siège au niveau du segment IV d'une plage sous capsulaire, de contours assez convexes, hypodense, mesurant 19x29mm, sans prise de contraste significative décelable en son sein.
- Absence de dilatation de la VBP et des VBIH.
- VB pleine, à paroi fine, siège d'une lithiase de 5mm.
- Pancréas d'aspect scanographique normal.
- Reins, rate et surrénales sans anomalie
- Vessie semi pleine à contenu homogène.
- Absence d'adénopathie profonde.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Utérus d'aspect scanographique normal.
- Ovaires folliculaires.

AU TOTAL :

- Appendice d'aspect scanographique normal.
- Aspect TDM pouvant être en rapport avec une iléite localisée d'une anse de la FID.
- Lésion du segment IV du foie non caractérisable sur cet examen, à confronter au reste du bilan.

Merci pour votre confiance