

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A VIRE 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.

N° W19-552113

U7234 MUPRAS

11 NOV. 2020

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : 7208		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : BENKIRANE Loubara		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 21/02/71			
Adresse : 4, Bd Abdelfettah Khattabi - Anfa CASABLANCA			
Tél. : 0661187201		Total des frais engagés : Dhs	

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Dr. M. BENKIRANE - Médecin Ordinaire et Tru- Angie Bd. Abdelloumene An- Fath - Casablanca Centre Elg. 1000 Casablanca - Tel: 05 22 20 45 45			
Date de consultation : 28/11/2020			
Nom et prénom du malade : BENKIRANE Loubara			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dyspnée + toux + diarrées			
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 : CASABLANCA Le : 28/11/2020  
Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL

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
				INP : 090001078 Docteur Amine YACOUBA Chirurgien-Dentiste et Thérapeute de la Bouche et des Organes de la Parole Spécialisation : Chirurgie Dentaire Signature : [Signature]
PSBS 10/10/2014				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/11/2012	1500,-	Clinique ZERAFIA Service de Radiologie CASABLANCA 05/22.99.3
	28/11/2012	2.00.00	Clinique ZERAFIA Service de Radiologie CASABLANCA 05/22.99.3

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE			
Le praticien est  à indiquer la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			INP : <input type="text"/>
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
	<input type="text"/>		
MONTANTS DES SOINS			
<input type="text"/>			
DEBUT D'EXECUTION			
<input type="text"/>			
FIN D'EXECUTION			
<input type="text"/>			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
<input type="text"/>			
MONTANTS DES SOINS			
<input type="text"/>			
DATE DU DEVIS			
<input type="text"/>			
DATE DE L'EXECUTION			
<input type="text"/>			



Casablanca, le 28/10/2020

Mme BenKirane Lubna

→ TOM Thoracique

ECG

Dr Docteur Amine TAOUIFI  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Angle Bd. Abdellatif Ben Attia et Bd.  
Abdelmoumen Amdouni N°1  
(Appartements Central Fès) - Apt. 1.1  
Sous-préfecture - Tel. 0522 861 277

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 28-10-2020

## Facture N° 16049/20

**A. Identification**

N° Dossier : CJO20J28132147

N° Identifiant : 034530/20

page 1/1

**Nom & Prénom : Mme BENKIRANE LOUBNA**

C.I.N : M205778

Adresse : ANFA CASA

Médecin traitant : DR . AKDIM FATIMA

**C. Débiteur**
**Organisme : Payant**
**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 28-10-2020

Date Sortie : 28-10-2020

Traitement :						
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	TDM THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
					Total Rubrique :	1 500,00
PRESTATIONS						
1	ECG		200,00			200,00
					Total Rubrique :	200,00
PARTIE CLINIQUE :						1 700,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
					<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1 700,00</b>

MILLE SEPT CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

Clinique JERRADA  
 Sérénité de Radiologie  
 CASABLANCA  
 Tél : 05 22 89 37 48



Casablanca, le

**28/10/2020**

PATIENT : **BENKIRANE LOUBNA**

### **SCANNER THORACIQUE**

**Technique :** Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC. Reconstructions MPR.

#### **Résultats :**

Plages en verre dépoli basale gauche.  
Atélectasie en bande basale gauche.  
Absence de foyer de condensation.  
Absence de Crazy Paving.  
Epaississements non septaux éparses aux deux champs pulmonaires.  
Absence d'épanchement pleural ou péricardique.  
Absence d'adénopathies médiastinales de taille significative.  
Absence de lésion lytique ou condensante notable.

#### **Conclusion :**

*Aspect TDM d'une pneumopathie alvéolo-interstitielle d'origine infectieuse virale liée au COVID-19 : A confronter au reste du bila (PCR)  
Pourcentage des poumons atteints estimé à 0.3%*

*Merci de votre confiance*

**DR BELABBES**

*Dr. BELABBES F.Z.  
Médecin Radiologue*

# **CLINIQUE JERRADA OASIS**

**PAIEMENT EFFECTUE PAR :** Mme  
**BENKIRANE LOUBNA**

**NOM DU PATIENT :** Mme BENKIRANE  
**LOUBNA**

**DATE DE NAISSANCE :** 21/02/1971  
**CJO20J28132147**



Reçu N°: 59474

**Paiement du 28/10/2020**

**Actes**

**Montant** 1 700,00 Dh

**Type de paiement** Chèque

**Numéro du chèque :** 3239556

**Montant du chèque :** 1 700,00 Dh

**Banque :** BMCI