

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2592

Société : 172507

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMRANI IDRISI YASSINE

Date de naissance : 3/02/1958

Adresse :

Tél. : 066.19.153.55 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*CLINIQUE ADAM BAHIA
Dr. MEZGUI OTHMAN
Anesthésie-Reanimation
Bd Med Etat Babylone N°7 et N°8
Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 87 33 33 INPE: 041201138*

Date de consultation : 27/06/2023

Nom et prénom du malade : Amrani Idrissi Yassine Age :
Réf. Hôpital

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :
Réf. Hôpital

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Réf. Hôpital

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.
Réf. Hôpital

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 : Casa Le : 27/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :
Réf. Hôpital



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 Relèvement des Actes
27/06/2023	cat	G.		CLINIQUE ADRIEN BATHA Dr MEZGUI OTTOMAN Anesthésie Réanimation 80 Med 6 Lot Babylone N°7 et 8 Ain Chock Casablanca tel: 0522 87 33 33 info@ainchock.com ADRIEN BATHA Casablanca

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
RADIOLOGUE	27/06/2023	Rx	200

AUXILIAIRES MEDICAUX

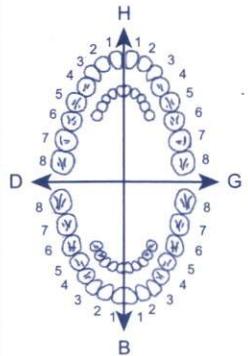
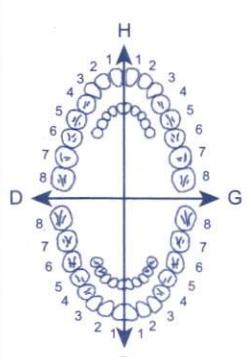
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

CLINIQUE ADAM BAHIA

Multidisciplinaire



مصحة آدم باهية

متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 27/06/2023 الدار البيضاء في

Amrani Idrissi Yassine

faie wp:

Rx thorax

CLINIQUE ADAM BAHIA
Dr. MEZGUI OTHMAN
Anesthésie-Reanimation
Bd Med 6 Lot Babylone N°7 et N°8
Ain Chock - Casablanca
Tél 0522 87 33 33 INPE 041201138

CLINIQUE ADAM BAHIA
Dr. RADIALOUE
RADIologie
Ain Chock - Casablanca
Tél 0522 87 33 33 INPE 041201138

CLINIQUE ADAM BAHIA
Bd Med 6 Lot Babylone N°7 et N°8
Ain Chock - Casablanca
Tél 0522 87 33 33 INPE 041201138

Chirurgie ORL et maxillo-faciale
Chirurgie Traumatologique
Chirurgie viscérale
Chirurgie gynécologique
Accouchement
Réanimation - Néonat
Soins intensifs
Chirurgie Ophthalmologique
Chirurgie Plastique et Esthétique
Neurochirurgie
Chirurgie Cardiovasculaire
Cardiologie interventionnelle
Chirurgie urologique
Lithotripsie des Calculs Urinaires
Scanner - Panoramique
Radiologie standard
Echographie doppler

Siège social : Bd. Mohamed 6,
lot babylone N°7 et 8
Ain chock - Casablanca
BP 20000 - Localisation
(33.5392611, -7.5790848)
Tél : 05 22 87 33 33
Fax: 05 22 87 43 43
Email: Contact@cliniqueadambahia.com
Site web: www.cliniqueadambahia.com

SARL au capital de 4000000 DH
IF : 33593658 - Patente : 34082876
CNSS : 1618150 - RC: 421637
ICE: 002200469000031
Banque Crédit Agricole RIB :
225780024421331651012092
Banque ATTJARI Wafa Bank RIB :
00778000229400000063962



Mr AMRANI IDRISI YASSINE

27/06/2023

DUPPLICATA

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

- * *Absence d'opacité parenchymateuse pulmonaire.*
- * *Absence d'épanchement pleural liquidiens ou aériques.*
- * *Silhouette cardiaque d'aspect normale.*
- * *Absence d'anomalie du cadre osseux.*

Conclusion :

Absence d'anomalies notables sur cet examen

Cordialement

Dr KCHIOUCHA Ouafae
RADIOLOGUE

CLINIQUE ADAM BAHIA

F A C T U R E

N° **1 264** / 2023 du **27/06/2023**

Nom patient	AMRANI IDRISI YASSINE	Entrée 27/06/2023	Sortie 27/06/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO THORAX	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX CENTS DIRHAMS	Total général	200,00

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	200,00			200,00	0,00

CLINIQUE ADAM BAHIA

Multidisciplinaire



مصحة آدم باهية

متعددة الاختصاصات

Bon de Reçu N° 0018533

Nom et Prénom du Malade : Van Rensel EDRISI YASSINE

Médecin Traitant : Dr.

N° Dossier :

Date

27/06/23

Acte Réalisé :

Ag Thérapie

200 dirhams

Montant :

Siège social : Bd. Mohamed 6, lot Babylone
N° 7et N° 8 Ain chock - Casablanca BP 20000
Localisation (33.5392611, -7.5790848)
Tél : 05 22 87 33 33 Fax: 05 22 87 43 43
Email: Contact@cliniqueadambahia.com
Site web : www.cliniqueadambahia.com

Signature du Médecin

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. S. R.' or similar initials.