

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 56.85 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEKKAH Mohammed

Date de naissance :

Adresse : 32, lotissement Sindibud A-Diab, bata

Tél. : 06 130 746 47

Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/08/2023

Nom et prénom du malade : SALADIK NADIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleurs

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 29/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : Amna

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

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
	26/08/2023	Voir facture	2500,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 00000000	21433552 00000000			
D 00000000 35533411	00000000 11433553			
B H	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 FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

PAIEMENT EFFECTUE PAR : MR SEKKAT MOHAMMED
NOM DU PATIENT : Mme SALADIN NADIA
DATE DE NAISSANCE : 14/01/1945

Sejour : Du 26/08/2023 au 26/08/2023



Reçu N°: 175594

Paiement du 29/08/2023

Actes	
Montant	1 500,00 Dh
Type de paiement	Chèque
Numéro du chèque :	6521989
Montant du chèque :	1 500,00 Dh
Banque :	Banque Marocaine du Commerce Extérieur

Imprimé par : ELDABHI KHADIJA Le 29/08/2023 10h30

Reçu



CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme SALADIN NADIA
Séjour : Du 26/08/2023 au 26/08/2023

202301759
Du : 26/08/2023

Etablie par : E. ELOUATASSI

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
SCANNER CEREBRAL	1	1 500,00	1 500,00
TOTAL CLINIQUE			1 500,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
		TOTAL AUTRUI	0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I.

	Patient
Total TTC	1 500,00



PAYE PAR CHEQUE
N°6521989 SUR BMCE
DE

CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER C2302036A

NOM DU PATIENT Mme SALADIN NADIA

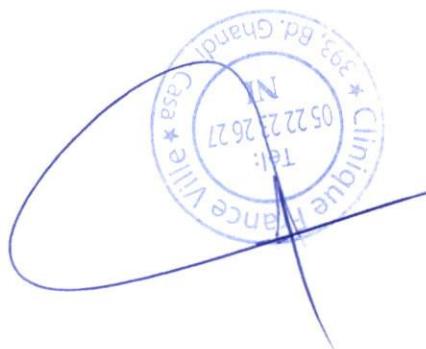
MÉDECIN TRAITANT ELMORCHID MOHAMED

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 26/08/2023

DATE DE SORTIE 26/08/2023





CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرانس فيل

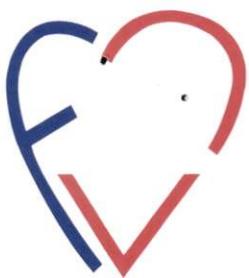
Casablanca le, 26/08/2023.

SALADIN NADIA

Scanner Cerebral



Dr. SAJIDE Hass
Anesthésiologie - réanimation
Coeur et poumon artificiel
CLINIQUE France Ville
393 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 052 23 26 27 - 052 23 26 21



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرنس قليل

Casablanca, le 26/08/2023

SCANNER CEREBRAL



PATIENT : SALADIN NADIA

OPERATEUR : DR LYAFY

CORRESPONDANT : DR ELMORCHID Mohamed

TECHNIQUE :

Série axiale en acquisition volumique sans injection de PDC

RESULTATS :

Pas d'anomalie de densité parenchymateuse systématisée ni stigmates hémorragiques en sus ou sous tentoriel

Les structures médianes sont en place avec un système ventriculaire de dimensions normales

Les espaces sous arachnoïdiens et les citernes de la base sont libres

Pas de collection pericérébrale ni lésion expansive

La fosse postérieure est libre

AU TOTAL :

TDM cérébrale normale ce jour

Signé : DR LYAFY

Pour consulter les images de cet examen

Lien : <http://102.50.241.146:8085/images>

Login : HIS987296175759

Mot de passe : HIS22257

*Dr. LYAFY Mohamed
Radiologue
30, Rue Imam Mousslim - OASIS
Tél: 0522 233 433 - CASA*

393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma

Patente : 34776707 Identifiant Fiscal : 40160087 CNSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Code swift : BCPO MAMC