

# 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.

M23-008166

183785

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 528 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENOUHOUD MOHAMED

Date de naissance : 29/01/42

Adresse : 3, Rue Sane Ibtouroum, 3<sup>e</sup> étage Appart. 3

Téléphone : 0522 22 07 00 Total des frais engagés : 810,59 Dhs

0522 22 07 00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr JANATI ADNANE  
Anesthésiste - Réanimateur

22 NOV. 2023

Date de consultation : 16.11.2023

Nom et prénom du malade : BENOUHOUD Mohamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : hypo Céphalée

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 : CASA Le : 20/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



### 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 Remboursement des Actes
16/11/23	C.S. Anesthésie		400,00	Dr JANAT Anesthésiste Réanimateur CLINIQUE EURYTHME DE CASABLANCA
16/11/27	S.C.		150,00	Anesthésiste Réanimateur CLINIQUE EURYTHME DE CASABLANCA
16/11/23	Perfusion		300,00	ROUTE SEL A 000046 T 3603 362-NP 00004680

### 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

### 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 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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPÉENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Reçu de caisse

- Nom et prénom du patient: **BENOUEHOUD Mohamed**
- N° d'admission: **001-3498/23**
- Motif d'hospitalisation: **Consultation En Urgence**
- Modalité de paiement: **Dossier Mutuel**
- Type d'opération: **Encaissement**
- Date d'encaissement: **16/11/2023**
- N° de l'ordre d'encaissement: **11429**
- Mode de paiement: **Espèces**
- Nature de paiement: **Paiement**
- Référence:

**Montant : 850,00 MAD**

\*Reçu établi par : **Ayoub Benjida**

CLINIQUE EUROPÉENNE DE CASABLANCA  
Réception  
FADLOU LAH 3 ROUTE D'EL JADIDA  
CASABLANCA - MAROC - 2873282000046  
RC 516579-TP 02178000002703038054734  
INPE 000004488



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Facture

Group: CEC

Hopital: Clinique Européenne de Casablanca

Tél: 05 22 36 33 33

Patient: BENOUEHOUD Mohamed

Modalite de Paiment: Dossier mutuel

Organisme: MUPRAS

ICE Organisme: 001526005000070

Facture N°: 4341/2023

Facturée le: 2023-11-16

Entrée le: 2023-11-16

Sortie le: N/A

Prestation	Quantité	Tarif unitaire	Montant total
Consultation En Urgence	1	400.00	400.00
Electrocardiogramme (Ecg)	1	150.00	150.00
Perfusion	1	300.00	300.00
			<b>Total</b>
			<b>850,00 MAD</b>

Arrête la présente facture à la somme de:  
**Huit Cent Cinquante Dirhams Et Zéro Centimes**

### Encaissements

Encaissement Patient	<b>850,00 MAD</b>
Encaissement Organisme	<b>0,00 MAD</b>
Encaissement Total	<b>850,00 MAD</b>
Solde	<b>0,00 MAD</b>

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA  
ROUTE D'EL JADIDA  
FADOLLAH 36000  
CASABLANCA  
RC 516579 - IF 50518280 - TP 36003802  
002873282000046 - 002873282000046



ID : 2311160000  
 PatientID:  
 Name :  
 Sex :  
 Age :  
 Divisions:  
 1<sup>er</sup> hôpital NO.:  
 Hospital:

DateTime: 2023-11-16 19:33  
 Height : cm  
 Weight : kg  
 BP : mmHg  
 LIT PAS.

HR 82 bpm  
 P Dur/PR int 114/168ms  
 QRS Dur 106ms  
 QT/QTc int 370/433 ms  
 P/QRS/T axis 49/-5/38 °  
 RV5/SV1 amp 0.913/0.620mV  
 RV5+SV1 amp 1.533mV  
 RV6/SV2 amp 0.736/0.410mV

Minnesota Code  
 9-3-2(aVR, V1)  
 9-4-1(V3)

Diagnosis Info  
 800 rythme sinusal  
 307 atriomégalie gauche

BENOUAHD  
 MOHAMMED