

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.

N° W19-499108

ND 17411

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1363

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHOUI

Abdelaziz

Date de naissance :

Adresse :

98 963 Bloc 021 M'HANIG MARRAKECH

Tél. :

06 62 05 48 92

Total des frais engagés :

200 Dhs

Dhs

Dr. HANICH TARIK

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Chirurgien
Clinique L'Aéroport

Date de consultation :

04/11/2010

Nom et prénom du malade :

chahoui

Abdelaziz Age: 67

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sténose de l'urètre

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 :

05/11/2010

Le : 21/10/2010

Signature de l'adhérent(e) :

Abdelaziz

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
04/11/20	CS	GT		DR : 04/11/197 H. TARIK Chirurgien Clinique L'Aéro

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du radiologue	Date	Désignation des examens	Montant des honoraires
Dr. H. Lala Radiologue Centre de Diagnostic et de Radiologie Boulevard Hassan II B.P. 1050 Tél. 03.06.60.02.80	04.01.2020	to A.M.	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES								
Le praticien est prie de preciser la dent traitée. Texte brûqué 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	INP. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>				
				DEBUT DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>				
				FIN DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>				
				IN. DE LA DECLINAISON <input type="checkbox"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>				
				DEBUT DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>				
				FIN DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>				
				IN. DE LA DECLINAISON <input type="checkbox"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>				
				DEBUT DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>				
				FIN DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>				
 ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE							
								
	(Création, remplacement, adjonction)							
	IN. DE LA DECLINAISON <input type="checkbox"/>							
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>							
	MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>							
	DEBUT DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>							
	FIN DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>							
	IN. DE LA DECLINAISON <input type="checkbox"/>							
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>							
	MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>							
	DEBUT DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>							
	FIN DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>							
	IN. DE LA DECLINAISON <input type="checkbox"/>							



- Scanner multi-barrette 3D • Dentascan • Mammographie numérisée
- Echographie et doppler • Radiologie numérisée • Radiologie interventionnelle

L : 04-01-2010.

N° : chahdou Al delaziz

SJL Raine :

Re Ausp.

~~Dr. HANICH TARIK
Chirurgien
Clinique L'Aéroport~~

~~394, Avenue Gmssa (route de l'aéroport) • Marrakech
Tél: 05 24 36 86 00 • Oph.: 05 24 36 86 01 • RX : 05 24 36 86 02 • Fax : 05 29 80 08 89 / 05 24 37 33 06
E-mail : contact@cliniqueaeroport.com • Site : www.cliniqueaeroport.com~~


Dr. BENZAOUIA Laila
Chirurgien
Clinique L'Aéroport
394, Avenue Gmssa (route de l'aéroport) • Marrakech
Tél: 05 24 36 86 00 • Oph.: 05 24 36 86 01 • RX : 05 24 36 86 02 • Fax : 05 29 80 08 89 / 05 24 37 33 06
E-mail : contact@cliniqueaeroport.com • Site : www.cliniqueaeroport.com

394, Avenue Gmssa (route de l'aéroport) • Marrakech

Tél. Standard : 05 24 36 86 00 • Oph. : 05 24 36 86 01 • RX : 05 24 36 86 02 • Fax : 05 29 80 08 89 / 05 24 37 33 06

E-mail : contact@cliniqueaeroport.com • Site : www.cliniqueaeroport.com

FACTURE

04/01/2020

FACTURE N° : 20010612229

- **NOM DU PATIENT :** CHAHOUI ABDELAZIZ
- **EXAMEN(S) REALISE(S) :**

AUSP

200 DH

200 DH

- **MONTANT TOTAL :** 200 DH

DEUX CENTS DIRHAMS



Marrakech, le 04/01/2020

Nom et Prénom : **CHAHOUI ABDELAZIZ**

AUSP FACE DEBOUT

- Absence d'image de tonalité calcique évidente en projection de l'arbre urinaire.
- Ombre des psoas respectée.
- Absence d'anomalie du squelette lombo-iliaque.
- Phlébolite endopelviens calcifié.

Confronter aux données cliniques

Cliché soumis pour exploitation

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **DR BENZAQUIA**

