

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, parodontologie 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.

MUPRAS Centre Alhaj Ben Abdellah - 11200 Algiers - Rue Mohamed Tazeroult - 2ème étage - Algiers - 11200 Algiers - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 22 78 18 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-648218

83124

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **2127** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **BENJAKIK TAYEB**

Nom & Prénom : **BENJAKIK TAYEB**

Date de naissance : **01/01/1939**

Adresse : **HAY ELBAHJA Centre de télécommunication Manakich**

Tél. : **Manakich** Total des frais engagés : **3500,00** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **14/07/2021**

Nom et prénom du malade : **Benjakik Tayeb** Age : **82**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Fracture de la cheville**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Chute**

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 classe relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Manakich** Le : **27/07/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



[illegible]

Actes Actes
14.07.21 CS

Gt

INP: 07006 V97

[illegible]

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/02/21					3500,00 DH

**Cachet et signature
du Particien**

Date des
Reins

Nombre

A M

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

350,000

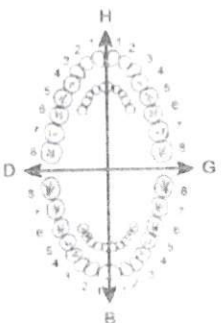
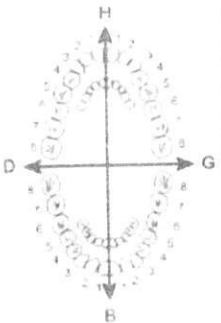
SERVICE MEDICALE SARL
N° 466 Bis Inara - Marrakech
Tel/Fax : 05 24 49 76 01

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		35533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	35533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODI

INT: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

	DATE DE L'EXECUTION
--	------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة المطار
CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

• Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
• Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
• Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
• Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique

• المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب و الشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
• مركز طبي و جراحي • مركز الأم و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تفتيت الحصى
• مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

14.07.21

M. Benjakik Tayeb.

RC : fracture PentoChanterienne

Clai Gamma standart - 10/22

10/22

3500,00

BOB SERVICE MEDICALE SARL
D 7 N° 456 Bis Ihara - Marrakech
Tél/Fax : 05 24 49 76 01

Clinique 1
394 Avenue Gmassa (Route de l'Aéroport), Marrakech - Maroc
Tél : 0524 36 86 00 - Fax : 0524 37 33 06

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC
Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01
Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08
Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

BOB SERVICE MEDICALE SARL.A.U

Vente de matérielles médicales techniques et hospitalières et diverses fournitures Réactives-film-instrumentation

Marrakech ; le 14/07/21

Doit :

BENJAKIK TAYEB

FACTURE N° : 0231/21

désignation	Qté	P.U.TTC	MT.TTC	TVA
CLOU GAMMA STANDAR	01	3500.00	3500.00	20%

TVA 7%	
TVA 20%	583.33

Total H.T	2916.67
Total TVA	583.33
Total TTC	3500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois mille cinq cent dirhams TTC

BOB SERVICE MEDICALE SARL
D7 N° 466 Bis Inara - Marrakech
Tél/Fax : 05 24 49 76 01

Addressee: D7 N° 466 Bis Inara Marrakech
05 24 49 76 01 Fax :05 24 49 76 01

R.C 44897 patentee N° 67395684 1 F N° 06525086 ICE N° 001545876000060 CNSS N° 8524648
C B N°007450000612400000040814 Attijari wafa Banq MARRAKECH TARGA

CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477
Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation
Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient	Mr BENJAKIK TAYEB
Chirurgien	DR. CHAFIK RACHID
Anesthésiste	DR. OUELD BAALLAL HICHAM
Nature de l'intervention	FRACTURE PERTROCHANTERIENNE
Date intervention	14/07/2021
Type d'anesthési	Rachi

Sous rachi anesthésie, décubitus dorsal

Sur table orthopédique, membre supérieur gauche en traction.

Sous control scopique, abord du grand trochanter, alésage progressif jusqu a 17mm

Mise en place d un clou gamma standard 10/22; vis cervicale 95mm.

Verrouillage distal: vis corticale 4,5mm longueur 36mm, vis de blocage.

Contrôle scopique satisfaisant.

Fermeture plan par plan, pansement.



DR. CHAFIK RACHID
Chirurgie Orthopédique