

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse et Traitement Canalaires :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 071975

83212

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1697 Société : ROM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OBEDID Moustapha

Date de naissance :

1/1/52

Adresse :

4, Rue El Ghadfa App 5 Maârif
Casa

Tél. :

0661065053

Total des frais engagés : 3131 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Noureddine AMRI
Chirurgie Orthopédique Et Traumatologique
Angle Rte Azenayour Et Bd. Sidi
Abderrahmane, 3^{ème} Etage N°6
Tél. : 0522 89 62 89 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/09/2018

Nom et prénom du malade :

KARMI Naima

Age : 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Abcès

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.

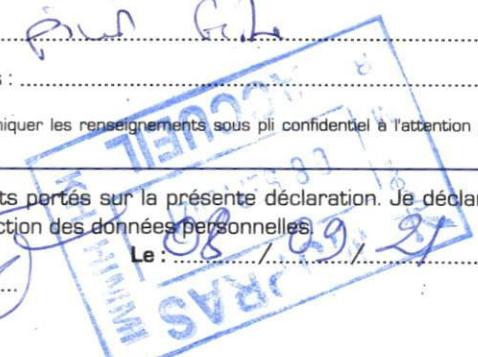
Fait à :

01/09/2018

Le : 01/09/2018

Signature de l'adhérent(e) :

KARMI Naima



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
02/09/21	V2		3009.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/21	131.60

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan

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
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[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



AKDITAL

Clinique Longchamps
مصحة لونشون

Casablanca, le 02/09/64

M KARMI NAWA

131.60

b-

Spectrum

$\lambda \text{g} + 2$

10 ps

Dr. NAWA
Chirurgie Orthopédique Et Chirurgie
Abderrahmane, 3ème Etage N°6
Angle Rte Abderrahmane Et Bd. Sidi
Tél : 0522 94 94 94 - Fax : 0522 94 89 39

Dr. NAWA
Chirurgie Orthopédique Et Chirurgie
Abderrahmane, 3ème Etage N°6
Angle Rte Abderrahmane Et Bd. Sidi
Tél : 0522 94 94 94 - Fax : 0522 94 89 39

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 02-09-2021

Facture N° 05715/21

A. Identification

N° Dossier : CLC21I02093206

N° Identifiant : 006715/20

Nom & Prénom : Mme KARMI NAIMA

C.I.N : BE108234

Adresse : 4 RUE EL GHADFA ETG 02 APT 05

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : KARMI NAIMA

Médecin traitant : DR . AMRI NOUREDDINE

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-09-2021

Date Sortie : 02-09-2021

Traitemet : Pied

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	FORFAIT		3 000,00			3 000,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL		3 000,00
TROIS MILLE DIRHAMS						

Cachet et Signature

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		3 000,00 Dh	0,00 Dh



CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** CLC21I02093206**NOM DU PATIENT** Mme KARMI NAIMA**MÉDECIN TRAITANT** AMRI NOUREDDINE**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 02/09/2021**DATE DE SORTIE** 02/09/2021**MODE DE SORTIE** normal

16:05:22 - 02/09/2021
4, Boulevard de Ghoulis - 0522 94 88 39
CHIRURGICALE MEDICO LONGCHAMPS
CLINIQUE MEDICO

02/09/2021

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom :	Mme KARMI
Prénom :	NAIMA
Date de Naissance :	1957
Médecin Chirurgien :	DR AMRI. N
Médecin anesthésiste :	DR KAIY. B
Date d'intervention :	02/09/2021
Etablissement :	Clinique Longchamps

**Titre : Collection abcédée du dos du pied gauche.
Drainage chirurgical.**

Sous anesthésie générale, champs stériles.

Incision de la face dorsale du pied gauche, drainage de collection abcédée, lavage et mise en place d'une lame de Delpe.

