

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :

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.

aire :

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.

die 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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034788

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3393

Société : RAM 838147

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN CHEKOUN RACHID

Date de naissance : 11/11/61

Adresse :

Tél. 06 61 16 76 03 Total des frais engagés : 1515 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/09/2021

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Kyste synovial (synovite)

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 : 08/09/2021

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 Paiement des Actes
6-9-84	S		100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/2021	215,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CLINIQUE 19, AV. D'ISTRES tel.: 05 22</i>	06/03/21	Rx Scaphoïde échographie des parties molles tch du poing	300,00 600,00

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 d'explorations.

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

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants:

- Quadrant D (Lower Left):** Teeth 1 through 8.
- Quadrant C (Upper Right):** Teeth 8 through 1.
- Quadrant H (Upper Left):** Teeth 1 through 8.
- Quadrant B (Lower Right):** Teeth 1 through 8.

The teeth are numbered sequentially from 1 to 8 in a clockwise direction starting from the upper central incisors. The arch is oriented with a vertical midline and horizontal axes labeled D (left), C (right), H (left), and B (right).

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de lyon



مصحة متواصة بالمركز
الاوروبي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلينون

El Kahoui Badia

06/09/2021

144,50

Eugol 20 mg

18 0 - 0

30 min avant les repas

70,90

Profenide 100 mg

18 en cas de douleur

PROFENID 100 MG
30 CP PEL
P.P.V : 70DH90
REF. 01-21E005V
02/2024
6 1180000 060802

915,40

144,50

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss SLAOUI - Lot Val d'ADY
(Casablanca) - Tél. 0522 33 79 41
15.4000241 - ICE 00187504100003k

CLINIQUE ANDALOUSS
M. Driss SLAOUI Anfa - Casablanca
Palante - 35605703
13.05.22 03 27

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de lyon

Badia El Kahoui

DR. RAIS YOUSSEF
Anesthésiste Réanimateur
CLINIQUE ANDALOUSS
Tél : 0522 36 27 27



مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلبلون

06/09/2021

Kyste synovial ?
au niveau du pouce gauche

Echographie du pouce

Clinique Andalouss
19, Bd. Driss Slaoui
Anfa - Casablanca
Tél: 0522 36 27 27 Fax: 0522 39 39 43

DR. RAIS YOUSSEF
Anesthésiste Réanimateur
CLINIQUE ANDALOUSS
Tél : 0522 36 27 27

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd. Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - التلفاكس: 05 22 36 27 27 - الهاتف: 05 22 39 39 43 - العنوان: شارع ابريس السلاوي (مارينا سابقاً) - المغاربة - الدار البيضاء - المغرب

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de lyon



مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بلباون

Badia El Kahoui

06/09/٢٠٢١

Rx du pouce gauche

Clinique Andalouss
19, Bd. Driss SLAOUI
Anfa - Casablanca
Tél: 0522 36 27 27 - Fax: 0522 39 39 43
Patente: 35605793 - RC: 97287

Dr. RAIS Youssef
Anesthésiste Réanimateur
CLINIQUE ANDALOUS
Tél: 0522 39 39 43

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 36 27 27 (L.G) - Tel: 05 22 39 39 43 - Télécopieur : 35605793 - Patente : 35605793

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
Jeanne d'arc de Lyon



مصحة الأندلس
Clinique Andalouss

مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلیون

FACTURE

FACTURE N° : 2178/2021

Casablanca, le 06/09/2021

NOM PATIENT : MME EL KAHoui BADIA

EXAMEN (S) REALISE : RX DU POUCE GCHE F/P : 300 DHS- ECHOGRAPHIE PARTIES
MOLLES DU POUCE GCHE : 600 DHS.

CONSULTATION : 400 DHS

TOTAL : 1300 DHS

MILLE TROIS CENT DIRHAMS

ICE : 00015909200064

SERVICE RADIODIAGNOSTIQUE
CLINIQUE ANDALOUSS
19, AV. DASS SAÏD - Casablanca
Tél. 05 22 36 27 27

Réanimation intensive .Radiologie polyvalente 24/24



Casablanca le: 06/09/2021

NOM : MME BADIA EL KAHoui

EXAMEN : RADIOGRAPHIE DU POUCE GAUCHE FACE ET PROFIL

- Absence de fracture osseuse, notamment au niveau du pouce.
- Absence d'anomalie de densité osseuse.
- Interlignes articulaires respectées.

Cordialement

DR BOUAYAD

SERVICE DE RADILOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss Slaoui - Casablanca
Tél.: 05 22 36 27 27



Casablanca le : 06/09/2021

NOM : MME. ELKHAOUI BADIA

EXAMEN : Echographie des parties molles du pouce gauche

RESULTAT :

- Le balayage échographique par une sonde de haute fréquence de la tuméfaction palpée cliniquement en regard de l articulation métacarpo phalangienne du 5eme doigt gauche retrouve une formation superficielle sous cutanée, arrondie liquidienne correspondant a priori à un petit kyste synoviale de 4 mm
- L'examen doppler ne retrouve pas de vascularisation notable.
- Le revêtement cutané en regard est d'aspect normal.

CONCLUSION :

- Aspect échographique en faveur d'un petit kyste synovial de 4 mm de l'articulation métacarpo phalangienne du 5 eme doigt gauche

Cordialement
Médecin Radiologue
DR BOUAYAD

SERVIE RADIOLOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19 Av Driss Djebar Casablanca
Tél.. 05 22