

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Éducation :

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 :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

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 838127

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN CHEKKOUN RACHID

Date de naissance : 11/11/61

Adresse :

Tél. : 0661 147603 Total des frais engagés : 1515 Dhs

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 (épaule)

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) :

RELEVÉ 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
06-09-21	S		400 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/21	215,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/08/21	RX Scaphoide	300,00
		Echographie des parties molles 6ch du plexe	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

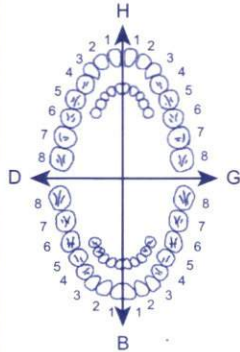
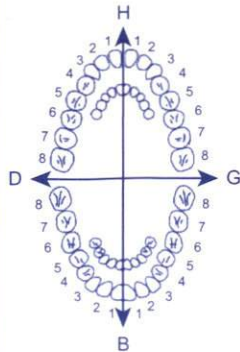
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, 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

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



مصحة الأندلس
Clinique Andalouss

مصحة متوأمة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بليون

El Kahoui: Badia

06/09/2021

144.50

Eugl 20 mg

70.90

Profenide 100 mg

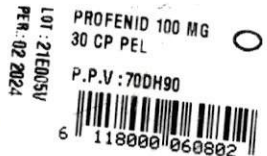


0 - 0

30 min avant les repas



1 prise cas de douleur



215.40

144.50

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUS
19, Av. Driss Slaoui - Lot Val d'Anfa
Casablanca - T. 0522 33 79 41
L. 40000241 - ICE 001875341000036

CLINIQUE ANDALOUS
Av. Driss Slaoui Anfa - Casablanca
Patente : 35605793
T. 05 22 33 79 41

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAOUÏ (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43; الفاكس: Tél. 05 22 36 27 27 (L.G): الهاتف: - المار البيضاء - أنفا - شارع ادريس السلاوي (منارة سابقاً) - 19

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

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


مصحة الأندلس
Clinique Andalouss

مصحة متوأمة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بليون

Badia .El Kahoui

06/09/2021

Dr. RAIS Youssef
Anesthésiste - Réanimateur
CLINIQUE ANDALOUSS
Tél : 0522 36 27 27

Kyste synovial ?
au niveau du pouce gauche

Echographie du pouce

Clinique Andalouss
19, Bd. Driss Slaoui
Anfa - Casablanca
Patente : 35605793 - RC : 97287
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 : الفاكس - Tél : 05 22 36 27 27 (L.G) : الهاتف - أنفا - الدار البيضاء - الهانغ : 05 22 36 27 27 (L.G)

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 متوأمة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بليون

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 RADIOLOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss Sbaoui - Casablanca
Tél.. 05 22

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 RADIOLOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss Slaoui - Casablanca
Tél.: 05 22

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

SERVICE RADIOLOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss Sbaï - Casablanca
Tél. 05 22