

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

## tions 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.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## ladie 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.

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3393 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHERKOUN RACHID

Date de naissance : 11/11/1961

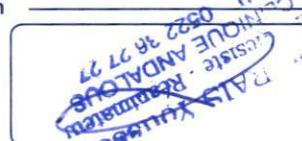
Adresse :

Tél. : 0661 16 76 03 Total des frais engagés : 650 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/09/21

Nom et prénom du malade : EL KAHOUF BADIET Age : 56

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

TAU

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 : 10/10/2021

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
2021-07-21	CS		35000	14.07.2021 CLINIQUE DENTAIRE Actes réalisés Réalisation DU PRIX YUSSSET

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	
CLINIQUE DENTAIRE 19, Av. Dr. Blaize Tél. 05 22	21.07.21	Rx du pied dte. F/P	300,00

### 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 canalaire, 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
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[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**

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



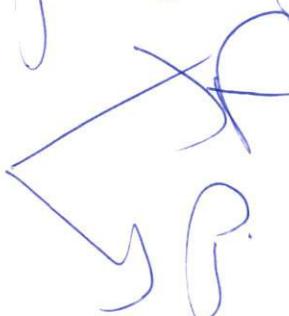
مصحة الأندلس  
Clinique Andalouss

مصحة مت貌مة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسкопية  
جان دارك بلبيون

20-09-2001

Badia Elkhatouj

Rx pied ♂.



~~CLINIQUE ANDALOUSS  
19, AV. DRISS SLAOUI  
Tél. 05 22~~

~~DR. RAIS YOUSSEF  
Anesthésiste - Réanimateur  
CLINIQUE ANDALOUS  
Tél 0522 27 27~~

## Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

شارع ابريس السلاوي (جارة سابقا) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 27 27 (LG) - الماكس : 05 22 39 39 43

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

BENCHERKOUN RACHID

Casablanca le 20/03/2021

M<sup>me</sup> 3393

je déclare sur l'honneur que mon épouse

M<sup>me</sup> EL KAHOUT BADIA

a eu une fracture au pied droit  
après une chute à mon domicile.



Casablanca le : 20/09/2021

NOM : MME. EL KAHoui BADIA

EXAMEN : Radiographie du pied droit F/P.

Age : 53 ans

RESULTAT :

- Fracture déplacée du bord latéral de la base de la phalange distale du 1er orteil
- Absence de fragment osseux intra articulaire.
- Respect des interlignes articulaires.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Cordialement  
Médecin Radiologue

Service Radiologie  
CLINIQUE ANDALOUSS  
19, Av. Driss Jagger - Casablanca  
Tél. 05 22 36 27 27

## FACTURE

FACTURE N° : 21942021

Casablanca, le 20/09/2021

NOM PATIENT : MME EL KAHoui BADIA

EXAMEN : RX DU PIED DTE F/P : 300 DHS

CONSULTATION : 350 DHS

TOTAL : 650 DHS

SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

ICE : 00015909200064

