

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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, 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-660914

90736

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6412	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABDENBZ
Nom & Prénom : Amin ABDENBZ			
Date de naissance : 3 8 1963			
Adresse : hab. telle			
Tél. :	0618512799	Total des frais engagés : 2650 DH Dhs	

Dr Youssef EL ATTAR

Gastro - entérologue

109, Bd DRISS EL HARTI

Casa - Tél: 05 22 37 37 83

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/21, casa

Nom et prénom du malade : Amin ABDENBZ

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : coloscopie

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 : 31/11/2021

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
DE 27/10/21	F.O.R.F.A.I.T	42650	INP : 0910151843	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES INSTITUTION DE LA CHIRURGIE DENTAIRE 298 - Far 0527 00 12 12
DS 27/10/21	Colonne 100%			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		2.98 - Far 0527 00 12 12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

VOUS ETES DIFERENT

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 de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
G																						
B																						
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

CLINIQUE ABDELMOUMEN

Casablanca

RAPPORT MÉDICAL

Notre référence 1J270833

Identité du patient AMINI ABDENBI

N° C.I.N du patient B784593

Adresse

Médecin traitant Dr. EL ATTAR YOUSSEF

Date intervention 27/10/2021

Nature de l'acte :
coloscopie

Compte rendu :

Coloscopie pour syndrome sub occlusif

Tumeur du colon transverse infranchissable par le coloscope

Le rectum ; le sigmoïde et le colon gauche sont normaux

Biopsies

Dr Youssef EL ATTAR
Gastro-entérologue
109, Bd DAKKAK EL HARTI
Casa - Tel: 05 22 37 37 83

CLINIQUE ABDELMOUMEN

**Bd. Abdelmoumen ,27 Rue Al Imam Boussairi -
France Ville**
Tel :05 22 98 02 98- Fax : 05 22 98 05 06

Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : Mr AMINI ABDENBI

Chambre :

Médecin traitant EL ATTAR YOUSSEF

Prise en charge Payant

Date entrée **27/10/2021**

Date sortie 27/10/2021 11:00

Le caissier

L'infirmier

Le major



CLINIQUE ABDELMOUMEN

Bd. Abdelmoumen ,27 Rue Al Imam Boussairi -
France Ville
Tel :05 22 98 02 98- Fax : 05 22 98 05 06

F A C T U R E

N° : A 1537 / 2021 du 27/10/2021

Médecin traitant : DR. EL ATTAR YOUSSEF

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr AMINI ABDENBI	Payant	27/10/21	27/10/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE		1,00	900,00	900,00
				Sous/Total 900,00
Total clinique				900,00
DR. EL ATTAR YOUSSEF (gastro)	K	1,00	1 350,00	1 350,00
DR. B.MAKHLOUK/H.EL ABASSI (reanimation)	k	1,00	400,00	400,00
				Sous/Total 1 750,00
Total autres prestations				1 750,00

Arrêtée à la somme de : DEUX MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	TOTAL GENERAL		2 650,00
Encaissé espèces 2 650,00	Encaissé chèque	Total 2 650,00	Solde



Le : 03/11/2021 10:39

Références : 1537 / Payant
Entrée / Sortie : 27/10/2021- 27/10/2021

N°138929

Le Docteur B.MAKHLOUK/H.EL ABASSI

présente à Mr AMINI ABDENBI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr Habib EL ABASSI
Anesthésiste Réanimateur

Docteur B. MAKHLOUK
Anesthésiste Réanimateur
Diplômé de l'Université de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Cachet et signature

Le : 03/11/2021 10:39

Références : 1537 / Payant
Entrée / Sortie : 27/10/2021- 27/10/2021

N°138930

Le Docteur EL ATTAR YOUSSEF

présente à Mr AMINI ABDENBI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 350,00 Dhs (MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr Youssef EL ATTAR
Gastro - Chirurgie
109, Bd DRISS EL HARTI
Casa - Tel: 05 22 37 37 83

Cachet et signature