

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W21-662976

95351

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule :	8223	Société :	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BouGJA LEILAT ep. CHRAIBI
Nom & Prénom : BOUGJA LEILAT ep. CHRAIBI			
Date de naissance :	08/06/1963		
Adresse :	N°37 Rue 39 lot + LAIMEN CASABLANCA		
Tél. :	06.61.18.81.61	Total des frais engagés :	1200,00 Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

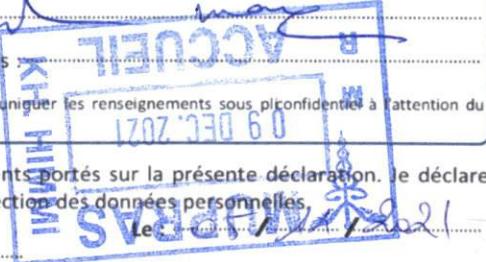
Cachet du médecin :

Date de consultation :	04/11/2011	Age :	46 ans
Nom et prénom du malade :	M. CHRAIBI Ali		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète		
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.

Signature : CASA Date : 17/07/2011

ent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/05/2021	4x1000	5000

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

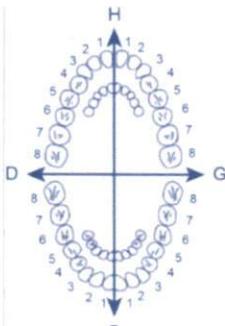
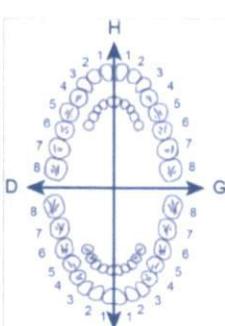
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553		35533411		MONTANTS DES SOINS [ ]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
	35533411															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												



AKDITAL

Clinique Longchamps  
مصحة لونشون

Casablanca, le 04/11/2011

M. Charabi Mr.

3 - la main droite  
f + R.

+ Demande de  
Brewerton.

Radiologie Ghandi 20250  
282 Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 45 45

Dr. Nadereddine AKDITAL  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
22 Zemmour Et Bd. Sidi  
Abderrahmane, 3<sup>me</sup> Etage N° 6  
Tel. : 05 22 89 62 59 -

# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 04-11-2021

## Facture N° 07099/21

### A. Identification

N° Dossier : CLC21K04114915

N° Identifiant : 012254/21

**Nom & Prénom : M. CHRAIBI ALI**

C.I.N : BK648351

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . AMRI NOUREDDINE

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-11-2021

Date Sortie : 04-11-2021

Traitements : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		500,00			500,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
0,00						

Arrêté la présente facture à la somme de :

<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>500,00</b>
----------------------	---------------

CINQ CENTS DIRHAMS

### Cachet et Signature

CLINIQUE MEDICO  
CHIRURGICALE LONGCHAMPS  
4, boulevard J. Chabandji - Casablanca  
Tél : 05 22 70 83 83 - 05 22 94 89 32

**Dr. Yahia KETTANI**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE  
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

**Dr. Rokia BENBOUBKER**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée  
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

## Facture

N° :4401/2021

Casablanca, le 04/11/2021

Nom patient : **CHRAIBI ALI**

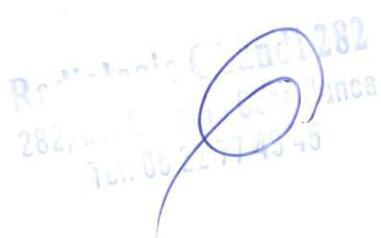
Examen(s) réalisé(s) :

**RADIOGRAPHIE DE LA MAIN F/P +INCIDENCE DE BREWERTON**

Montant : **cinq cents (500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENTS DH**

REGLEMENT : TPE



**Dr. Yahia KETTANI**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE  
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

**Dr. Rokia BENBOUBKER**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée  
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 04/11/2021

Patient : CHRAIBI ALI

Prescripteur : Dr AMRI NOUREDDINE

**RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE  
FACE / PROFIL / INCIDENCE DE BREWERTON**

- Respect des interlignes articulaires.
- Absence d'avulsion osseuse décelable.
- Absence de lésion osseuse focale.

Cordialement  
*DR. YAHIA KETTANI*  
Radiologue  
Radiologie Ghandi 282  
INPL: 09 120 8329