

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-724057

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 72938 Société : R A M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN CHEKROUN KAMAC

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 39793436 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

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
24/07/22			2250	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

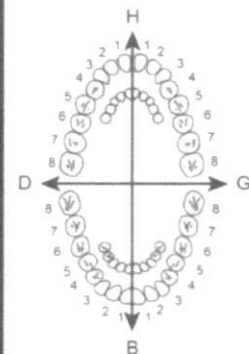
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

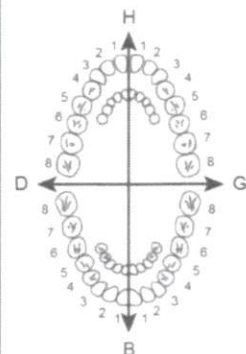
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Casablanca, le 25/07/2022 الدار البيضاء، في



Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE BADR
AD:35, RUE IMAM EL ALOUSSI
20050 CASABLANCA

Réf : N° d'immatriculation 157425293

Nom et prénom de l'assuré : TAZI SADEQ NIHAL
R4776

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
998464490 , reçu le 23/07/2022, nous vous faisons
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998464490
والذي وافقتمونا به بتاريخ 23/07/2022 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
L'établissement
Le montant
La validité de prise en charge

TAZI SADEQ NIHAL
090002445
5250,00Dhs
du 23/07/2022 au 22/08/2022

المستفيد
المؤسسة العلاجية
المبلغ
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
remboursement à déposer impérativement dans un
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de
sortie du patient de votre établissement et ce, pour
vous permettre de bénéficier du règlement des frais
d'hospitalisation selon les conditions et modalités
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
soins dans les délais sus mentionnés rend la présente
attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRO
S/R: CR ANAPATH
S/R:
S/R:

Docteur HARIT Mohamed

- Ancien Interne des Hôpitaux
- Ancien Chirurgien à l'Hôpital Averroès
- Ancien Chef de Service de Chirurgie à l'Hôpital Sidi Soufi
- Chirurgie Biliaire et Digestive
- Chirurgie Gynécologique et Proctologique
- Chirurgie du Sein et de la Thyroïde
- Coelio Chirurgie - Chirurgie de l'Obésité
- Chirurgie des Varices
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie Colo-Rectale

Tél.: 05 22 27 07 79 / 05 22 22 32 83

05 22 26 91 51

CASABLANCA

Consultation de 15h à 19h

الدكتور حارث محمد

- داخلي سابق بمستشفيات المغرب
- جراح سابق بمستشفى ابن رشد
- رئيس سابق بقسم الجراحة بمستشفى سيدي الصوفي

- الجراحة بالمنظار

- جراحة السمنة

- جراحة القنوات المرارية

- جراحة الجهاز الهضمي و البواسير

- جراحة الثدي والغدة الدرقية

الهاتف : 05 22 27 07 79 / 05 22 22 32 83

05 22 26 91 51

الدار البيضاء

23 Juillet 2022

Casablanca le : _____ : الدار البيضاء في

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Identité : Mme/ TAZI SADEQ NIHAL

Diagnostic : Vésicule Micro-lithiasique Avec Episode de Migration

Bili IER : V.B.P = Non Dilatée, Libre Avec Passage Duodénal (+)

Opérée le : 32 /07 /2022

Cholecystectomie laparoscopique

- o Deux trocarts de dix + deux trocarts de cinq
- o Dissection du pédicule cystique contenant un canal fin et une artère latérale gauche
- o On trouve un canal cystique contenant de micro-lithiases
- o Section partielle du canal avec expression issue de bile claire
- o Clips sur canal et artère cystique
- o Cholécystectomie rétrograde
- o Hémostase du lit vésiculaire
- o Lavage - Aspiration
- o Extraction de la vésicule bourrée de micro-calculs, dont deux enclavés dans le cystique
- o Dans un sac par, l'orifice ombilical
- o Suture des sites des trocarts
- o Pièce adressée à l'histologie.

Signe

Docteur HARIT Mohamed
CHIRURGIEN
24, Rue Al Alloussi - Bourgogne
(Face Clinique BADR) - Casablanca
Tél.: 05 22 27 07 79 / 05 22 22 32 83
INP : 91073940

Cabinet : 24, Rue Al Alloussi - (face clinique 'BADR')

EN CAS D'URGENCE : في حالة الإستعجال الإتصال بمصحة بدر

CLINIQUE BADR : 35, Rue Al Alloussi - (face mosquée BADR) - Tél.: 05 22 49 28 00



FACTURE

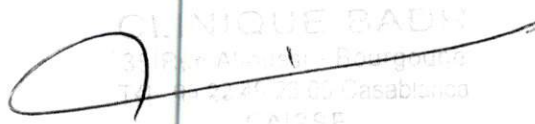
N° 202 206 587 / 2022 du 25/07/2022

Nom patient	TAZI SADEQ NIHAL	Entrée 23/07/2022	Sortie 24/07/2022
Prise en charge	CNSS AMO		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SALLE OPERATION	1,00	VESICULE	7 500,00	7 500,00
			Sous-Total	7 500,00
Total Frais Clinique				7 500,00

Références de la prise en charge		Total général	7 500,00
Immatriculation 157425293	N° prise en charge		
Affiliation			
Arrêtée la présente facture à la somme de :		Part organisme	5 250,00
SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		Part patient	2 250,00

				Total encaissé	Solde
Encaissements					7 500,00


 CLINIQUE BADR
 35, Rue EL ALLOUSSI - Bourgogne
 Casablanca - Maroc
 Tél : 05 22 49 28 00 - Fax : 05 22 49 23 86

CLINIQUE BADR

Urgence 24/24

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° 202 206 587 / 2022 du 25/07/2022

Nom patient : **TAZI SADEQ NIHAL**

Entrée **23/07/2022**

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie **24/07/2022**

N° prise en charge

Total ticket modérateur

2 250,00

CLINIQUE BADR
35 Rue Aliouss - Bourgogne
Tél.: 02 22 49 28 00 Casablanca
CAISSE