

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 canalaire, 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 canalaire.

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 |

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-772700

139365

Maladie

Dentaire

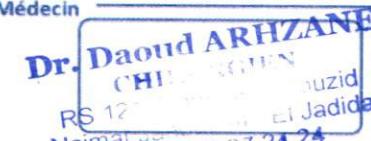
Optique

Autres

Matricule :	11 762	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Youssef Berchial
Nom & Prénom :		Youssef Berchial	
Date de naissance :		16 - 11 - 1974	
Adresse :		Mot. 107 EL Aouda El Jadida	
Tél. :	062069034	Total des frais engagés :	4975 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade :

BERCHIAL YOUSSEF

Age: 48

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fistula anorectal from rectal prolapse

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 : Agdal Accès

01 DEC 2022

Le : 11/12/22

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
DU 11/11/22	K50+k30e	# 4975		INP MESSIHA PHARMACIE PROTHÉSES DENTAIRES ROUTE DE LA GARE Z.I. LE BOIS SAINT CLAIR 69370 SAINT CLAIR SUR RHÔNE TÉL. 04 72 52 20 11 SERVISE POUR LA SANTE
AU 12/11/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

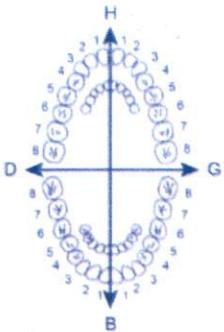
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

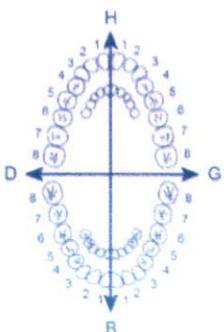
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[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

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



El Jadida, le الجديدة في

12/11/2022

Nom : BERCHID

Prénom : YOUSSEF

COMPTE RENDU D HOSPITALISATION

Mr BERCHID YOUSSEF a été hospitalisé le 11/11/2022 pour une fissure anale hyperalgique avec fistule anale sous jacente abcédée ayant nécessité l'hospitalisation suivie d'une intervention chirurgicale.

Il a été opéré le même jour avec drainage de la collection et exérèse de la fissure et de la fistule anales.

Il est sorti le 12/11/2022 avec une prescription médicale et nécessite une convalescence de vingt (20) jours.



Signature :



El Jadida, le **11/11/2022** الجديدة في

Nom : BERCHID

Prénom : YOUSSEF

DIAGNOSTIC : FISTULE ANALE+ FISSURE ANALE

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Sous rachi anesthésie et en position de taille, l'exploration montre une fissure anale surinfectée remaniée avec phénomènes inflammatoires importants dans le canal anal à 6H. présence d'une fistule anale sous jacente abcédée.

Drainage de la collection puis exérèse de la fistule et de la fissure anales en bloc emportant les 2 lésions (fistule et fissure). Vérification de l'hémostase. Mèche dans le canal anal et pansement.

Dr. Daoud ARHZANE
CHIRURGIEN
RS 121, Route Sidi Bouzid
Najmat Janoub III - El Jadida
Tél: 05 23 37 24 24

SIGNATURE

CLINIQUE MAZAGAN

Multidisciplinaire

Urgences 24/24

EL JADIDA**Reçu global de caisse**

14/11/2022

Numéro dossier	Nom du patient	
2K111016	BERCHID YOUSSEF	

Mode paiement	Date encaissement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	12/11/2022		4 975.00
Total payé			4 975.00

CLINIQUE MAZAGAN
Service Facturation
Tél: 0523 39 39 33
Fax: 0523 39 39 77/0523 37 02 60

CLINIQUE MAZAGAN

Multidisciplinaire
Urgences 24/24
EL JADIDA

F A C T U R E

N° : 2354 / 2022 du 15/11/2022

Médecin traitant : DR. ARHZANE DAOUD

PROCTO

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr BERCHID YOUSSEF	Payant	11/11/22	12/11/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
K50+K30/2		1.00	4 975.00	4 975.00
			Sous/Total	4 975.00
Total clinique				4 975.00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL 4 975.00		
QUATRE MILLE NEUF CENT SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS			
Encaissé espèce : 4 975.00	Encaissé chèque	Total 4 975.00	Solde

CLINIQUE MAZAGAN
Service Pathologie
Tel: 05 39 39 77 / 0523 37 02 60
Fax: 0523 39 39 77 / 0523 37 02 60

CLINIQUE MAZAGAN

Multidisciplinaire

Urgences 24/24

EL JADIDA

EL JADIDA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : Mr BERCHID YOUSSEF		
Chambre : SUITE139		
Médecin traitant	ARHZANE DAOUD	
Prise en charge	Payant	
Date entrée	11/11/2022	
Date sortie	12/11/2022	13:22
Le caissier	L'infirmier	Le major

Fax: 0523 37 02 60
Tel: 0523 37 02 60
Secteur: EL JADIDA
Mazagan