

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

- 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9409

Société :

ALY1293

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELABSSI JALAL

Date de naissance :

25/04/73

Adresse :

19 Rue la fontaine Racine,
CAST

Tél. :

0641165508

Total des frais engagés :

5650,00

Dhs

Autorisation CNDDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ELABSSI JALAL Age: 49 ans.

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Phlegmon (en deux genoux, inférieur)

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 :

Le : 13/10/22

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
AS/du 11/01/2018	Revente de facture	1	56500	INP : 1031037518 X Clinique AL AYAD Rue Mohamed El Hayat ville Casablanca n° 22/25 10

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

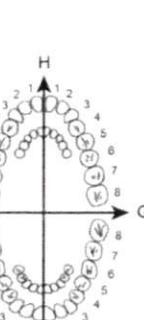
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr El MOUSSAOUI ALI

Professeur d'urologie

Chirurgie endoscopique

Lithotritie extra corporelle

Stérilité masculine



الدكتور علي المساوي

أستاذ في أمراض و جراحة الكلى

و المسالك البولية

Ordonnance

Nom :

Casablanca, le:

M. No. 22

97

El Abssi. JALAL

Kyste epididymique
peniscostal géant;

Dor hantement
chirurgical;



Al Miraj Center

Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual

3eme étage N° 36 - Casablanca

Tél : 0522 86 04 10 - Gsm : 0661 20 05 01

E-mail : alinaitmoussaoui2000@yahoo.fr

مجمع المراج

ملتقى شارع عبد المؤمن و شارع أنوال

الطالب 36 - الدار البيضاء

الهاتف: 0522 86 04 10 - المحمول: 0661 20 05 01

Dr. EL MOUSSAOUI ALI
Urologie
Bd. Abdelmoumen N° 36
Casablanca - Tel : 0522 86 04 10

CLINIQUE AL AMANE



090062191

FACTURE N° 01330/22

CASABLANCA Le : 15-10-2022

page 1 / 1

Identification		Organisme : Payant				
N° Dossier : 22J15101400		N°IPP : 003700/22				
Nom & Prénom : M. EL ABSSI JALAL		Période d'hospitalisation				
C.I.N. : E436274		Date Entrée : 15-10-2022				
Date Naissance : 25-04-1973		Date Sortie : 15-10-2022				
Adresse : 19 RUE DE LA FONTAINE ETG 3 APT 3 RACINE						
Prestations		Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef
E.C.G.						Total
ECG			1	150,00		
				Sous Total		150,00
SEJOUR						
BLOC OPERATOIRE			60	25,00		
SEJOUR EN CHAMBRE			1	400,00		
				Sous Total		1 900,00
PHARMACIE						
PHARMACIE			60	15,00		
				Sous Total		900,00
						TOTAL PARTIE CLINIQUE
						2 950,00
HONORAIRES MEDICAUX						
DR. EL MOUSSAOUI ALI (UROLOGIE)			60	30,00		
DR. EL BOUAYCHI MOHAMED AMIN			30	30,00		
				Sous Total		2 700,00
						TOTAL PARTIE AUTRUI
						2 700,00
						TOTAL GENERAL
						5 650,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **CINQ MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Facture Imprimer par : **AMINE NA.**

Clinique Al Amane
39 Rue Mohamed El Hayani
France Ville Casablanca
Tél : 05 22 25 38 72, 05 22 25 10 62 - Fax : 05 22 98 88 94 - IF : 15284167 - TP : 34704309 - CNSS : 4732675
ICE: 00167889300026 - Web : www.cliniquealamane.com - Mail : contact@cliniquealamane.com



COMPTE-RENDU OPERATOIRE

- Nom du patient : EL ABSSI JALAL
- Date de naissance : CIN:
- Date d'admission :
- Diagnostic d'entrée : 15-10-22
- Type d'Intervention : Excision drainage - mise plat
- Date de l'Intervention : 15-10-22
- Chirurgien : Dr El Aoussou

Compte-Rendu Opératoire : Phlegmon pénis-uréthral diffus et gangreux;

CR.O = S/s Al R, incision pénisosciale
 Centré sur le fronton phlegmonose, Draine et excision du tissu + filtre et
 gangrenes. Hemostase et nettoyage et engraissage
 rapprochement de la plante par 2 points
 de suture. Drainement et fixaison
 Antibiotiques + Antalgique

Clinique Al Amane
 39 Rue Mohamed El Hayat
 Fiancé Ville Casablanca
 Tel: 05 22 25 38 72/05 22 25 10

Dr. Ali ELMOUSSAOUI
 Urologue
 Bd. Abdelloumen Al Miraj Center
 N° 36 - Casablanca
 Tel: 06 6

Cachet et Signature

Dr. Ali ELMOUSSAOUI
 Urologue
 Bd. Abdelloumen Al Miraj Center
 N° 36 - Casablanca
 Tel: 06 6

CLINIQUE AL AMANE

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 15-10-2022

DR. EL BOUAYCHI Mohamed Amin

PATIENT : M. EL ABSSI JALAL

HONORAIRES : 900,00 Dh
(NEUF CENTS DIRHAMS)

Dr. EL BOUAYCHI Med Amin
Anesthésiste Réanimateur
INP N° 219959
Clinique AL A MANE

Clinique Al Amane
39 Rue Mohamed El Hayat
France Ville Casablanca
Tél 05 22 25 38 72 05 22 23 10 2

CLINIQUE AL AMANE

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 15-10-2022

DR. EL MOUSSAOUI Ali

PATIENT : M. EL ABSSI JALAL

HONORAIRES : 1 800,00 Dh
(MILLE HUIT CENTS DIRHAMS)

Dr. Ali EL MOUSSAOUI
301, Rue Mohamed El Hayar
Rd. Abdellounen N°35
Casablanca - Tel : 0522 36 04 10

Clinique Al Amane
39 Rue Mohamed El Hayar
France Ville Casablanca
Tél: 05 22 25 38 72/05 22 25 10