

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.



Déclaration de Maladie

N°D: № W19-483082

13139.

CH
IN

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3397	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN CHEKROUAN YAHIA			
Date de naissance : 11/11/1981			
Adresse :			
Tél. 0661 16 76 03 Total des frais engagés Dhs			
ACCÈS SIEGE/RAM			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 21/11/2019			
Nom et prénom du malade : BEN CHEKROUAN YAHIA		Age: 18	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint		
<input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : F2 du syndrome de l'apnée du sommeil			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/11/19



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
21/05/19	S		360	INP : 22/05/19 43/78/0522/26.82 CHIRURGIE MHDHOU - CASABLANCA PROFESSIONNEL DENTISTE ORTHOPÉDIQUE

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
LE SERVICE RADIOLOGIE LIMOGES ANDALOUS 19, AV. Driss Slaoui - Casablanca 15/05/19 22/36 39 55/05 22/36 27/11/19	Re. pied	300,0.0	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

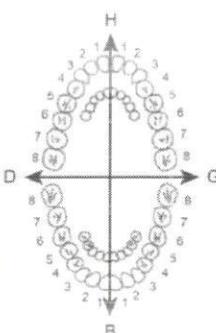
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

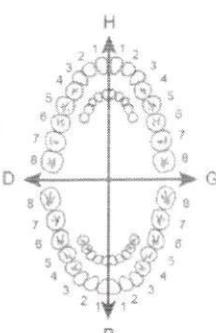
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553



[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

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de lyon



مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بليون

Nr Bouchekrouen
Yous.

Rx du pied F et

Professeur 36, COMPT
Chirurgie Orthopedique
Chirurgie Traumatologique
12 Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél: 0527 42 79 105722

Slaoui

~~SERVICE RADIOLOGIE
CLINIQUE ANDALOUS~~
19, Av. Driss Slaoui - Casablanca
Tél : 05 22 36 39 55/05 22 36 27 27

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - Tél : 05 22 36 27 27 (L.G) - الفاكس : 05 22 36 27 27 - العنوان : شارع ابريس السلاوي (شارع سابقاً) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف :

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de lyon



مصحة مت貌مة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بليون

FACTURE

FACTURE N° : 2180/2019

Casablanca, le 21/11/2019

Nom patient : MR BENCHEKROUN YANIS DUPLICATA

Examen(s) réalisé(s) : RX PIED FP : 300DH

CONSULTATION : 350

MONTANT : 650 DH

ARRETTE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENT CINQUANTE DH

SERVICE RADIOLOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss SLAOUI Casablanca
Tél.: 05 22 36 39 55/05 22 36 27 27

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax.05 22 39 39 43 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G)

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
Jeanne d'arc de Lyon



مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلباون

Casablanca le : 21/11/19

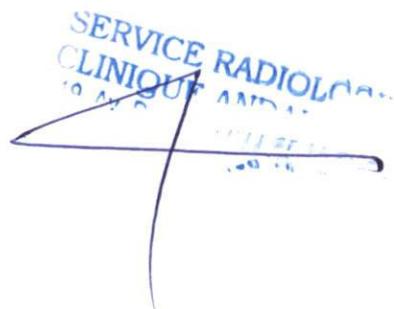
NOM : YANIS. BENCHAKROUN

MEDECIN PRESCRIPTEUR : PR.D.COHEN

EXAMEN : RADIOGRAPHIE DU PIED GAUCHE, FACE ET $\frac{3}{4}$ DUPLICATA

- Consolidation des fractures osseuses, de la base du 3^{ème} métatarsien du pied gauche ainsi que de l'os cunéiforme latéral.
- Absence de déplacement.
- Interlignes articulaires respectées.

Cordialement



Réanimation intensive .Radiologie polyvalente 24/24