

CONDITIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

adhérent doit être dûment renseigné.

nédecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. e de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, , parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi effectués en série.

la déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

dicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ns sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

:

re copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être e médicale pour toute demande de remboursement.

me déclarer au praticien prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

me déclarer au praticien prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de ent, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

s ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est début de traitement.

ointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

longue Durée ALD et ALC :

me déclarer au praticien prescripteur et renouvelée tous les 6

utiles

contact@mupras.com

pec@mupras.com

ment de statut adhesion@mupras.com

de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



0661493328
Déclaration de Maladie

N° W19-440517

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

0544

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHM mohamed

Date de naissance :

28/7/1969

Adresse :

34 BD MLY Driess 1er Rendee AlFajr
memb B apart 10

Tél. :

0661228282 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur d'Anesthésie - Réanimateur
Clinique du Val d'Ante
CASABLANCA

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ablation charmeuse
implantable

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) :

03 OCT. 2019

Le : _____ / _____ / _____

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la natu

Important :

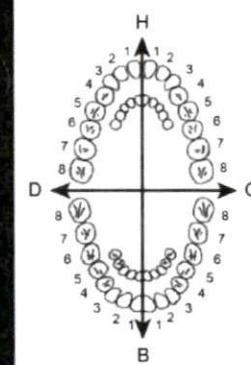
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN



COMPTE RENDU OPERATOIRE

Concernant : *M. Chahmi Yazid*

Date de naissance : *08/08/85*

Date de l'intervention : *08/08/13*

Opération : *Op. de la gorge*

Opérateur : *Dr. Benaguid*

Anesthésiste : *Abdelli chahid*

Indication : *Adénopathie thyroïdienne*

Intervention : *- Répissage de l'excision : couper le*

- desséchement de la lyse

- fermeture

- Retrait cathéter

- Retrait drains

- fermeture

Dr. M. BENAGUID
Professeur d'Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa
Casablanca - ANCA

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : **3066 / 2019** du **08/08/2019**

Nom patient **CHAHM YAZID** Entrée **08/08/2019**
PAYANT Sortie **08/08/2019**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

PRESTATIONS FORFAITAIRES CLINIQUES.	1.00	K30	2 200.00	2 200.00
			<i>Sous-Total</i>	2 200.00

Total Clinique **2 200.00**

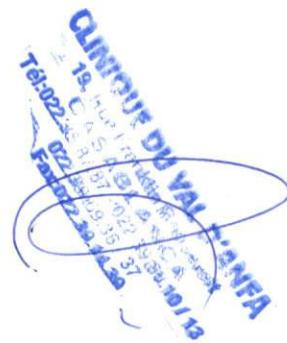
PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	1.00	EN FF	0.00	0.00
			<i>Sous-Total</i>	0.00

Total Autres prestations **0.00**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total **2 200.00**



CLINIQUE VAL D'ANFA
MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)5223914

Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **CHAHM YAZID**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **M.BENAGUIDA/F.TAZI**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **08/08/2019**

Date sortie **08/08/2019**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par :ADMIN

25/09/2019 10:02

190808115322RE-001

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél:022.36.87.87 - 022.39.60.10 / 1-
022.39.69.36 / 37
Fax:022.39.60.10 / 1-36