

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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.



Prat. Shababip

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 : Casablanca

Le : 11/11/11, 24

Signature de l'adhérent(e) : 11/11/11 Okba

Okba

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
10.12.12	100% de la facture		3000,00	

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 Praticien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	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

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** CLC2oL16095630**NOM DU PATIENT** Mme KARMI NAIMA**MÉDECIN TRAITANT** AMRI NOUREDDINE**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 16/12/2020**DATE DE SORTIE** 16/12/2020**MODE DE SORTIE** normal

CLINIQUE MEDICO
CHIRURGICALE LONGCHAMPS
4, Boulevard Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 04 07 07 - Fax : 0522 94 89 39

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 16-12-2020

Facture N° 05913/20

A. Identification

N° Dossier : CLC20L16095630

N° Identifiant : 006715/20

Nom & Prénom : Mme KARMI NAIMA

C.I.N : BE108234

Adresse : 4 RUE EL GHADFA ETG 02 APT 05

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : KARMI NAIMA

Médecin traitant : DR . AMRI NOUREDDINE

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 16-12-2020

Date Sortie : 16-12-2020

Traitemet : Pied

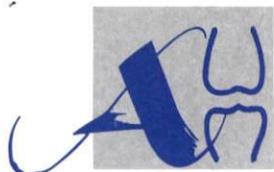
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	FORFAIT		3 000,00			3 000,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						3 000,00

TROIS MILLE DIRHAMS

Cachet et Signature

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		3 000,00 Dh	0,00 Dh

CLINIQUE MEDICO
CHIRURGICALE LONGCHAMPS
4, Boulevard Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 04 07 07 - Fax : 0522 94 89 39



CABINET DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

Dr. Noureddine AMRI DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTEPELLIER
ARTHROSCOPIE - CHIRURGIE PROTHÉTIQUE - CHIRURGIE DE LA MAIN - MICROCHIRURGIE - CHIRURGIE DU SPORTIF
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE - CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Le :

16/12/2016

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom :	Mme KARMI
Prénom :	NAIMA
Date de Naissance :	1959
Médecin Chirurgien :	DR AMRI. N
Médecin anesthésiste :	DR KAIY.B
Date d'intervention :	16/12/2020
Etablissement :	Clinique Longchamps.

Titre : Mal perforant plantaire abcédé.

Drainage débridement.

Patient diabétique présentant une collection abcédée de l'avant pied gauche.

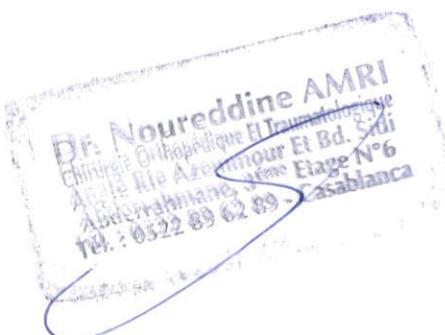
Sous anesthésie générale. Champs stériles, garrot à la racine du membre.

Excision de la zone abcédée.

Lavage à l'eau oxygénée et sérum Bétadiné, résection de la tête du 5^{ème} métatarsé.

Un point de suture par Ethicrin 2/0.

Pansement.



Angle Route Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B
3^{ème} étage N° 6 - Casablanca - Tél. : 05 22 89 62 89 - Urgence : 05 22 71 01 67