

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.

N° W21-771776

1380 Dhs

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 8767			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Aliko Dantchikoff		Date de naissance : 06/03/68	
Adresse : Casablanca - Maroc		Tél. : 0661 212 368	
		Total des frais engagés : 1380 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Nacer ADNANE - 11 NOV. 2011			
Date de consultation : 16/11/2011			
Nom et prénom du malade : Bouthaina Akrum			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Fracture jambe			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Sport canical			
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 : / /

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
16.11.11	CS		500,-	INPE Dr. Nacereddine Chirurgien Orthopédiste Traumatologue Tél: 05 20 177100 - GSM: 06 61 71 50 00 INPE: 097030971A

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Partien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
1 CLEVER SAHIL Diar Al Andalous 3 GH 11 Touskoura - Casablanca 0278275800086	16-11-22					3001

VOLET ADHERENT

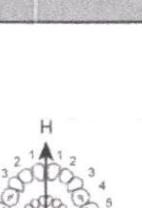
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

BELIEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

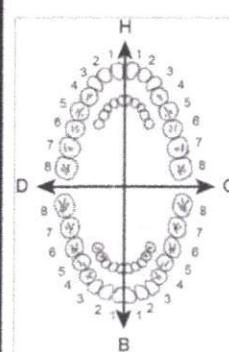
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

<p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Printer.Ticket

Receipt:

Date: 2022-11-16 12:07:04
Terminal: DESKTOP-E4MPCAL
Served by: Administrator

Item	Price	Qty	Value
CASE Genouillere	300,00	x1	300,00

Items count: 1

Subtotal	300,00
Tax	0,00
Balance Due	300,00

Tax Exempt	0,00	0,00
Tax Other	0,00	0,00
Tax Standard	300,00	0,00

CARD SALE

UNKNOWN

UNKNOWN

AMOUNT	300,00
--------	--------

Expiration Date:
Operation : 817664411627
Auth Code : OK

Total	300,00
--------------	---------------

Dr. Nacer ADNANE

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Tél. : +212 (0) 5 20 17 71 00

GSM : +212 (0) 6 61 71 90 00

E-mail : adnane.ortho@gmail.com



د. ناصر عدنان

أمراض و جراحة العظام و المفاصل

الهاتف: +212 (0) 5 20 17 71 00

المحمول: +212 (0) 6 61 71 90 00

البريد الإلكتروني : adnane.ortho@gmail.com

Casablanca, le : 16. M. 62

Akram Bunkhais

2) Glasgow

د. ناصر عدنان
Dr. Nacer ADNANE
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
tél.: 05 20 17 71 00 - GSM: 06 01 71 93 00
INPE: 091036814

Andalous III, Imm Jasmine 4, Etg 4 N°20, Bouskoura 27182 - Casablanca
الاندلس 3، عمارة ياسمين 4، الشقة 20، بوسكورة - الدار البيضاء

Dr. Nacer ADNANE

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Tél. : +212 (0) 5 20 17 71 00

GSM : +212 (0) 6 61 71 90 00

E-mail : adnane.ortho@gmail.com



د. ناصر عدنان

أمراض و جراحة العظام و المفاصل

الهاتف: +212 (0) 5 20 17 71 00

المحمول: +212 (0) 6 61 71 90 00

البريد الإلكتروني: adnane.ortho@gmail.com

Casablanca, le: 16. M. 2012

Bon Khair AlKuim

Attellu du Jeun

B001
Pantalon du Jeun

BH CLEVER SARL AU
N°2 - Dar Al Andalous 3 GH 11
Imm 1 Bouskoura - Casablanca
ICE 00276273900086

د. ناصر عدنان
Dr. Nacer ADNANE
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Tél: 05 20 17 71 00 - GSM: 06 61 71 90 00
INPE: 091036874

Andalous III, Imm Jasmine 4, Etg 4 N°20, Bouskoura 27182 - Casablanca
الاندلس 3، عمارة ياسمين 4، الشقة 20، بوسكورة - الدار البيضاء

BH-CLEVER

CASABLANCA, LE :16/11/2022

A L'ATTENTION DE : MR BOUKHRIS AKRAM

FACTURE : N° 133

QTE	DESIGNATION	P U	TOTAL TTC
1	Steps Attelle du genou	300,00	300,00
<i>TOTAL TTC</i>			300,00

*BH CLEVER SARL AU
N°2 - Dar Al Andalous 3 GH 11
Imm 1 Bouskoura - Casablanca
ICE 00276275800088*

H,T	% TVA	TV A	TOTAL TTC
250,00	20%	50,00	300,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : trois-CENTS DIRHAMS