

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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0045662

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274 Société : RDM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GUENOUS OAM Keltam Date de naissance : 28/12/78
Adresse : 478, rue des Eucalyptes, ville verte, Babouss
Tél. : 662776273 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2023

Nom et prénom du malade : GUENOUS OAM Keltam

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome métabolique

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

RELEVÉ 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
06/06/23	Consultation		600,00 DH	 <p> Clinique du Bien-Être Bouskoura Casablanca 27182 Tel : 05 22 28 26 92 Fax : 05 22 28 26 92 Email: info@akditalife-bouskoura.ma Akditalife Bouskoura Infectieux Métabolique 276 </p>

Clinique du Bouskoura
Bouskoura Golf City, Casablanca 27182
05 22 66 48 48 - Fax : 05 22 28 26 92
direction@akditaalife-bouskoura.ma

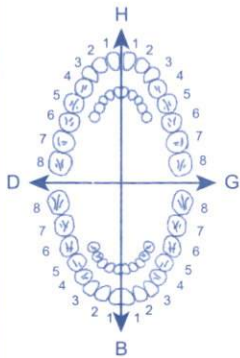
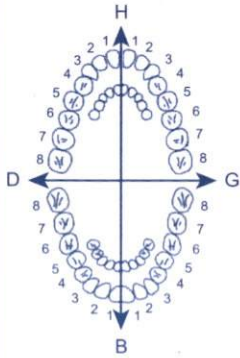
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr style="width: 100%;"/> B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le : 06-06-2023

Facture N° 01519/23

A. Identification

N° Dossier : CBB23F06175630

N° Identifiant : 000763/23

Nom & Prénom : Mme GUESSOUS OUM KELTOUM

C.I.N : K319902

Adresse : CALIFORNIA GOLF RESSORT VILLA 478 LA VILLE VERT BOUSKOURA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-06-2023

Date Sortie : 06-06-2023

Médecin traitant : DR . PR.HEIKEL JAAFAR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		600,00			600,00
Total Rubrique :						600,00
PARTIE CLINIQUE :						600,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						600,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique du Bien-Être
Bouskoura
Bouskoura Golf City, Casablanca 27182
Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92
E-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma