

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 réeducations.

FOURTEEN

- 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 prothèse

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horige Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (1/G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W21-712810

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11364</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BELAÏA Myriam</u>			
Date de naissance : <u>01/11/78</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0661853436</u>			
Total des frais engagés :			Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Pr. RABII Redouane Chirurgien Urologue 19/03/2005	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BELLAHA Alyam	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : cytose	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances 30 AOUT 2023	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutualie.	

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 : 02/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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
02/06/23	Consultation	400,00 DH		INSTITUT DE STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE IMPLANTIQUE CLINIQUE BEUKOURA 10, Avenue Hassan II, 20000 Casablanca 27182 Tél: 05 22 78 26 92 - Fax: 05 22 48 48 48 - E-mail: clinique.beukoura.ma

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

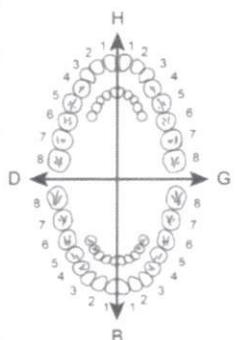
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

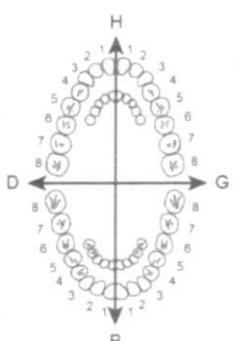
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000

D	G
---	---

00000000	00000000
----------	----------

35533411	11433553
----------	----------

B	
---	--

[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 DU BIEN ETRE BOUSKOURA

PAIEMENT EFFECTUE PAR : myriam bellaha
NOM DU PATIENT : Mme BELLAHA MYRIAM
DATE DE NAISSANCE : 04/11/1979
CBB23F02081844



Reçu N°: 1824

Paiement du 02/06/2023 08h25

Actes	
Montant	400,00 Dh
Numéro de compte	4797851000210521
Nom de propriétaire	myriam bellaha
Type de paiement	TPE

Imprimé par : MOUADDAB Hamza Le 02/06/2023 08h25

ACCUSÉ CAISSE
Clinique du Bien-Etre
Bouskoura

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le :

Facture N° 01415/23

A. Identification

N° Dossier : CBB23F02081844

N° Identifiant : 001022/23

Nom & Prénom : Mme BELLAHA MYRIAM

C.I.N : A633717

11 RUE IBNOU TOFAIL RES BEN MAHYOU ESC A ETG 3 APPT 2 QU PALMIER
Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-06-2023

Date Sortie :

Traitement :

Médecin traitant : DR . PR. RABII REDOUANE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
PARTIE CLINIQUE :						400,00
PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						0,00
						TOTAL GENERAL
						400,00

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

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