

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.

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



Déclaration de Maladie
M23-013518

Maladie Dentaire Optique Autres

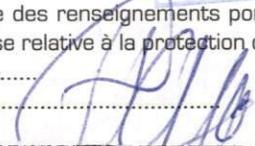
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03585 Société : M23504
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL HOUARI ABDELFEITAH
 Date de naissance : 01/01/1952
 Adresse : 400, ROUTE D'EL JADIDA CASA H/H
 ga. doppler@gmail.com
 Tél. : 0661606975 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 07/06/2023
 Nom et prénom du malade : EL Houari ABDELFEITAH Age : 71 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Douleur pelvienne
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 18 SEP. 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 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 : Casa Le : 07/06/23
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le :

Facture N° 01546/23

A. Identification

N° Dossier : CBB23F07112636 N° Identifiant : 001099/23
Nom & Prénom : M. EL HOUARI ABDELFTTAH
 C.I.N : C9682
 Adresse : 400 RTE EL JADIDA RES LE PALMIER APPT 312 HH CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-06-2023

Date Sortie :

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
 Nom prénom :

Médecin traitant : DR . PR. RABII REDOUANE

Traitement :

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

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

(Signature)
Clinique du Bien-Être Bouskoura (A)

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

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA

PAIEMENT EFFECTUE PAR : el houari abdefettah
NOM DU PATIENT : M. EL HOUARI ABDELFETTAH
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1952
CBB23F07112636



Reçu N°: 1970

Paiement du 07/06/2023 12h50

Actes	
Montant	400,00 Dh
Numéro de compte	4017131019910096
Nom de propriétaire	el houari abdefettah
Type de paiement	TPE

Imprimé par : FAKKAR Amine Le 07/06/2023 12h50

ACCUSÉ CAISSE
Clinique du Bien-Être
Bouskoura



مطبعة و النشر المغربية

ACHAT

07/06/23

12:48:58

99009035

99035301

CBEB

Casablanca

A0000001031010

XXXXXXXXXXXX0096

VISA

CARTE LOCALE

270-9999-1-44

MONTANT :

400,00 MAD

Num Transaction :

007

Num Autorisation :

096150

SIAN :

000846

TICNET CLIENT