

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 2921

Matricule : Société : 909290

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABIL DRISS

Date de naissance : 21.06.1954

Adresse :

Tél. 0661 67 21 11

Total des frais engagés : 1400 AR PH. 528,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.04.2024

Nom et prénom du malade : SABIL DRISS Age : 70

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleur lombaire

lombalgia

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

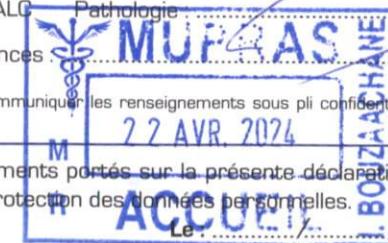
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



S

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
19 04	53		400,-
24			50

Chercheur et signataire du Médecin
contestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dum Rabbin El OUAISI Casablanca N° 15 Hay Assin N° 09.52.72 - 0551 BERRAHMANE 008	19104124	528,40

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-B-D-H cyclic molecule. It features a central vertical axis with two horizontal cross-bars. The top cross-bar has a double-headed arrow pointing up and down, labeled 'H' at the top. The bottom cross-bar has a double-headed arrow pointing left and right, labeled 'B' at the bottom. A diagonal line extends from the center to the right, labeled 'D' on the left end. The molecule consists of a series of alternating carbon atoms (represented by small circles) and hydrogen atoms (represented by smaller circles). These atoms are arranged in a circular pattern, with some atoms having two or three bonds to other atoms. The labels 'H', 'B', and 'D' are positioned at the ends of the respective axes to indicate the orientation of the molecule.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

7 Sabil Driss

166.N

20,80 x 2

St Rixia 90



1 v 1,5 + 1 h,

198.N

Co Salipene N°9704

2 p + 3 l



No Ciprof

122,80

1 v 1,3



Racine hu

1 v 2



Dr. Faissal N
Spécialité en Trou
Hay Tarik, Rue 4
Casablanca - Tel

528,40

PPV: 20 DH 80
PER: 11/25
LOT: M4055

PPV: 20 DH 80
PER: 11/25
LOT: M4052

15 / 04 / 624



CLINIQUE AL MADINA
MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. MAGHFOUR FAISSAL

N° : 2404191115230160 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
24D191112	SABIL DRISS	19/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		400,00
PAYANT	Total payé	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : HANANE

*CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01*

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : **12533 / 2024** du **19/04/2024**

Nom patient	SABIL DRISS	Entrée	19/04/2024
	PAYANT	Sortie	19/04/2024

CONSULTATION DR MAGH

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
Total Clinique				100,00

DR. MAGHFOUR FAISSAL (traumatologue)	1,00		300,00	300,00
Total Autres prestations				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENTS DIRHAMS	Total	400,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
RCT
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01