

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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)

Matricule : 1157 Société : 1121457

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AKIF HNIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663517268 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
29/09/2010	29/09/10	sondage				10.0
29/09/2010		F clinique				10.0

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>



URGENCE 24/24

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE

CHIRURGIE VISCÉRALE

COELIO CHIRURGIE

NEURO - CHIRURGIE

CHIRURGIE VASCULAIRE

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE

CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Docteur

CTM CLINIQUE BADR

مصحة بدر

Tel.: 0522 49 28 00/05 22 49 23 80/81/82/83/84/85
Casablanca Fax: 05 22 49 23 86/87/88/89/80/81/82/83/84/85
35, Rue EL ALIOUSSI Bourgogne

Casablanca, le

29/09/2006

Mme Alkif HNiYA a été adressé
aux urgences de la clinique badr.

le 29-09-06 pour changer le sond
vesical voir la facture détaillée

CTM CLINIQUE BADR
35, Rue EL ALIOUSSI Bourgogne
Casablanca
Tel.: 0522 49 28 00/05 22 49 23 80/81/82/83/84/85
Fax: 05 22 49 23 86/87/88/89/80/81/82/83/84/85



<div[](https://www.cliniquebadr.com/Logo_BADR_2021_1000x1000px.png)

BON PHARMACIE

URGENCES 24/24

DATE : 29/09/2020 HEURE :

NOM : Aki F CHAMBRE : _____

MED T

INFIRMIER :

SIGNATURE :

8 Sonde 16 x 1

4 Compresso x 1

→ Cytosol

a Dachme

elegant `getTable()`

a ganz stenisch A

as Salie

9 Sun wood 2

29/08/2013 00:22:49 28/08/2013 00:22:49
CLINIC ALIQUOT 100 DH

CITM Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

092 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

F A C T U R E

N° : 2009291150
Du : 29/09/2020

Nom patient : Mme AKIF HNIYA

Médecin prescripteur ; Dr SAMI

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
FRAIS CLINIQUE	1	100,00
SONDAGE	0	200,00
Total		300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

*CITM CLINIQUE BADR
35, Rue EL Alloussi Bourgogne
Casablanca P. X. 05 22 49 23 86
Tél. 0522 49 28 00/80/82/83/84*