

# 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : U57

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : A KIF H NIA

Date de naissance : 1936

Adresse :

Tél. : 0663517268

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....



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 - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

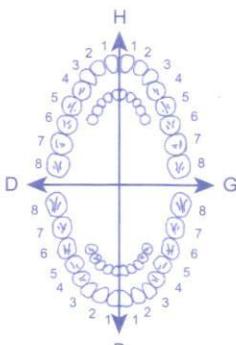
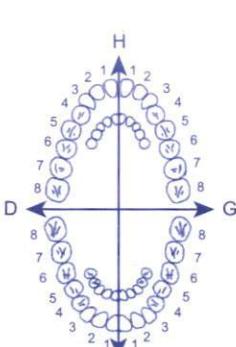
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CTM CLINIQUE BAP 25 Rue E Aloussi Bourgogne Tél.: 05 22 49 28 00 / 80 12 35 Fax: 05 22 49 28 00	Dr. M. S. 4	100	00	00	00	100,00

## 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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique BADR

BON PHARMACIE

URGENCES 24/24

DATE : 26-04-2014 HEURE : 10:30  
NOM : AKIF CHAMBRE : 16  
HIV+A

MED. T. :	INFIRMIER :	SIGNATURE :
-----------	-------------	-------------

Gros saignement

Ca pue de la vase

Saint Pol C.H. 16 mal

Saint Malo mal

Saint Malo mal

Bret

mercredi

CTM CLINIQUE BADR  
25 Rue Eiffel - 90018 Caen  
Tél : 02 33 86 30 18 82 184  
Fax : 02 33 86 30 18

T 57600, 8

# Clinique BADR



مصحة بدر

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 :

Casablanca, le du m- 21

Mr Akif Siniia, a été admis  
au Service de Chirurgie  
Badr le 21-01-2011 pour  
Viscère la fracture du mollet

CITM CLINIQUE BADR  
35 Rue EL ALLOUSSI Bourgogne Casa  
Tél. : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80/81/82/83/84/85 - Fax : 05 22 49 23 86

# CITM Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

092 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

## F A C T U R E

N° : 2104241358  
Du : 24/04/2021

Nom patient : Mme AKIF HNIA

Médecin prescripteur ; Dr-----

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
PHARMACIE	0	100.00
SONDAGE	200	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 Fax: 0522 49 23 86  
Tél.: 0522 49 23 00/8082/82/24