

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 du 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

185184

Autres

Centre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1570

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DOUTAoui

Douamet

Date de naissance : 21/01/1950

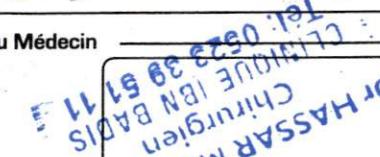
Adresse : LOI EL KOT BI AV 3 SAAAII EL JADIDA

Tél. : 06 22 60 48 93

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 :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

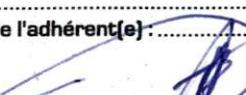
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/6/2022 | | | 300,00 | Chirurgien Hôpital de la Mutualité 39 5111 caj |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| | 30/6/2022 | 251,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

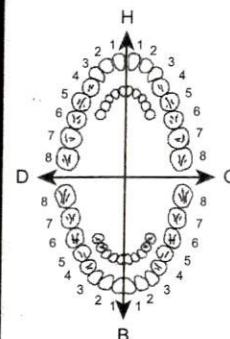
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

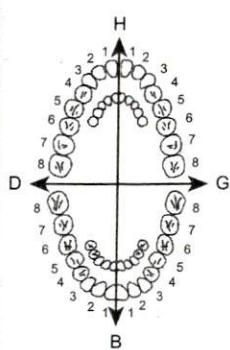
VOLET ADHERENT

EST A

* 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

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES SOINS

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

El Jadida, Le 30/05/2022

| | | |
|-----|---------|---|
| LOT | 220112 | 1 |
| EXP | 01 2025 | |
| P.V | 180.00 | |

Khaifi Tawerz

DR HASSAR
CHIRURGIEN
Tél: 0523 395112

CLINIQUE IBN BADIS
Tél: 0523 395112

180,00
1) Flacon de 100 ml

35,70 xl
2) Alpro 300 mg
1/2

251,40

Dr HASSAR Med Jawad
Chirurgien
CLINIQUE IBN BADIS
Tél: 0523 395112

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE FESTURATION
Tél: 0523 395112

35,70

Clinique Ibn Badis

10, Bd Ibn Badis - El Jadida

مصحة ابن باديس

شارع ابن باديس - الجديدة

Tél : 0523 39 51 11 - 0523 39 51 12 Fax : 0523 37 31 25

Site web : www.cliniqueibnbadis.com E-Mail : cliniquebadis@gmail.com

EL JADIDA

مصحة ابن باديس

متعددة الاختصاصات

30/06/2022

FACTURE

NOM ET PRENOM : KHAFI TOURIA

| DATE | PRESTATIONS | Lettre - Clé | Nombre | P.U. | MONTANT |
|------------|--------------|--------------|--------|--------|---------|
| 30/06/2022 | CONSULTATION | C2 | 1 | 300,00 | 300,00 |
| | | | | | 300,00 |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
TROIS CENT DIRHAMS

*CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE FACTURATION
Tél. 0523 39 51 11*

Clinique Ibn Badis

10; Bd Ibn Badis - El Jadida

Tél : 0523 39 51 11 - 0523 39 51 12 Fax : 0523 37 31 25

Site web : www.cliniqueibnbadis.com E-Mail : cliniquebadis@gmail.com

Patente: 42116055 - IF: 40434237 - RC: 3223 - CNSS: 8869284 - ICE: 000226592000097

مصحة ابن باديس

شارع ابن باديس - الجديدة