

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº M21-0030969

### Maladie

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1570

Actif

Pensionné(e)

Société : R.A.O., 125135

Autre :

Nom & Prénom : DOUSTADJI, Djaloued

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : LOT EL KOTBA N° 3 SAADA DELIADJA

Tél. 0622 60 48 93 Total des frais engagés : #1101,00f Dhs



### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Affekha Age : 60 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affekha

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 : 06 AOÛT 2022

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
20/07/2021		G	300 (0)	CLINIQUE IBN SINA TÉL. 0523 39 51 11 Chirurgie BAUDIN

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE ZOULETTE Imm 8 ZONE D'ACTIVITE par ALIMENTATION PHARMACEUTIQUE Pharmacie de l'Est 44110 SAINT-NAZAIRE	10/11/2022	891,02

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORIAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

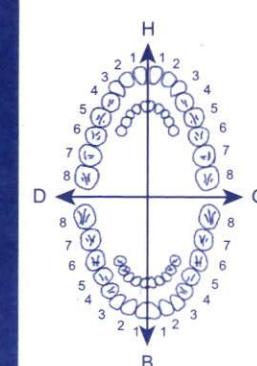
## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>											
	<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>G</b> <b>B</b>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
	25533412	21433552										
00000000	00000000											
<hr/>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

El Jadida, Le

20/12/2011

Dr HASSAR  
CLINIQUE IBN BADIS  
Tél: 0523 39 51 19

Tourus Khaifi

297,00 X 3

1) Flexcel



0 2 -

2) Alpha 3 g

0 - N. pd

Ries ariet

291,00 M

Dr HASSAR  
Chirurgien  
IBN BADIS  
CLINIQUE IBN BADIS  
Tél: 0523 39 51 19

LOT 210053 2  
EXP 01/2024  
PPV 71.40

LOT 212879 3  
EXP 11/2024  
PPV 71.40



Dr HASSAR  
IBN BADIS  
CLINIQUE IBN BADIS  
Tél: 0523 39 51 19

LOT 212879 5  
EXP 11 2024  
PPV 297.00 DH

LOT 212879 5  
EXP 11 2024  
PPV 297.00 DH

LOT 212879 5  
EXP 11 2024  
PPV 297.00 DH

# مصحة ابن باديس

## متعددة الاختصاصات

EL JADIDA

20/07/2022

### FACTURE

<b>NOM ET PRENOM : KHAFI TOURIA</b>					
-------------------------------------	--	--	--	--	--

DATE	PRESTATIONS	Lettre - Clé	Nombre	P.U.	MONTANT
20/07/2022	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 / 12

Clinique Ibn Badis

10, Bd Ibn Badis - El Jadida

مصحة ابن باديس

. شارع ابن باديس - الجديدة 10

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

Site web : [www.cliniqueibnbadis.com](http://www.cliniqueibnbadis.com) E-Mail : [cliniquebadis@gmail.com](mailto:cliniquebadis@gmail.com)

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