

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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)

Matricule : 1360

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : MOUSSAFIR Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 7086 5561

Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MASBOUB Fatiha 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 : CASABLANCA

Le : 17/02/23

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 17/02/23 | | | 500 Dhs | DR. SERIANI Fouad Chirurgie Plastique Tél: 0522 52 40 34 - GSM: 0361 42 07 90 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 HONORAIRES

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

Importar:

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 | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT 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 |

The diagram shows a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is bounded by a thick black border. Arrows at the corners point outwards: a black arrow points up from the top-left circle, a black arrow points down from the top-right circle, a black arrow points left from the bottom-left circle, and a black arrow points right from the bottom-right circle. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8
- Row 2: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 8, 8
- Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 8, 8, 8
- Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 8, 8, 8, 8, 8
- Row 5: 5, 6, 7, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8
- Row 6: 6, 7, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8
- Row 7: 7, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8
- Row 8: 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8
- Row 9: 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8
- Row 10: 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ADAM BAHIA

Multidisciplinaire

INP
10/02/2010



مصحة آدم باهية

متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

17/02/2010

Patient: MJDoua. Fatima
Traelium articulaire du poignet
droit
- Reductio + plâtre
- Plâtre Brachio-axillaire pour
45 jours

~~Dr. SFIANI Fouad~~
~~Chirurgien~~
~~Tel.: 05 22 52 40 54 - GSM: 06 01 42 07 90~~

Chirurgie ORL et maxillo-faciale
Chirurgie Traumatologique
Chirurgie viscérale
Chirurgie gynécologique
Accouchement
Réanimation - Néonat
Soins intensifs
Chirurgie Ophthalmologique
Chirurgie Plastique et Esthétique
Neurochirurgie
Chirurgie Cardiovasculaire
Cardiologie interventionnelle
Chirurgie urologique
Lithotripsie des Calculs Urinaires
Scanner - Panoramique
Radiologie standard
Echographie doppler

Siège social : Bd. Mohamed 6,
lot babylone N°7 et 8
Ain chock - Casablanca
BP 20000 - Localisation
(33.5392611, -7.5790848)
Tél : 05 22 87 33 33
Fax: 05 22 87 43 43
Email: Contact@cliniqueadambahia.com
Site web: www.cliniqueadambahia.com

SARL au capital de 4000000 DH
IF : 33593658 - Patente : 34082876
CNSS : 1618150 - RC: 421637
ICE: 002200469000031
Banque Crédit Agricole RIB :
225780024421331651012092
Banque ATTIJARI Wafa Bank RIB :
007780000229400000063962

Toussfir Abderrahim

11/1360

je souigne, Mr Maoufir Abderrahim
que ma femme FATIMA AL Magdoub a eu une
fracture à la main Suite à une għarradha
sur sol malbli chez nous à la maison.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Maoufir Abderrahim". The signature is fluid and cursive, with a large oval flourish at the beginning and a vertical line at the end.