

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 38 19

Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

161242

Nom & Prénom : T mane Hamid

Date de naissance :

Adresse : Hay Hay Bachid groupe 2 Rue 10 N°91
Casa

Tél. : 06 60 38 11 42 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/05/2023

Nom et prénom du malade : THANE HAMID Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Virus

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
03/05/23	C.S.		400,00	<i>[Signature]</i>
03/05/23	Voir F.N.G. 0.06.85/23.		1485,52	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Circular stamp: SIRFANE 05 22 72 64 41 03 06/05/23]</i>	3/5/23	1485,52

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

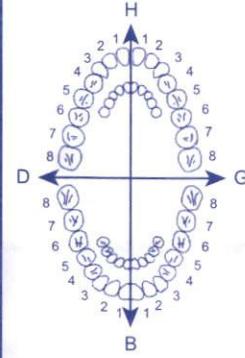
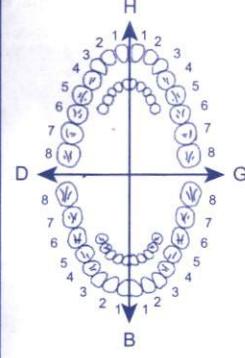
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITALIFE
CLINIQUE DU BIEN-ÊTRE BOUSKOURA

Casablanca, le... 03/05/2023



Clinique du Bien-Être Bouskoura, Bouskoura Golf City
(Prestigia), Casablanca 27182
Tél. : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92
E-mail : Direction@akditalife-bouskoura.ma
Site web : www.akditalife-bouskoura.ma

LOT 230584

EXP 01 25

PPV 170.00 DH

OFIKEN® 200 mg
Céfixime
Boîte de 16 comprimés remboursable AMO



6 118000 022343

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le : 03-05-2023

Facture N° 00674/23

A. Identification

N° Dossier : CBB23E03142733 N° Identifiant : 000516/23
Nom & Prénom : M. IMANE HAMID
C.I.N : W9986
Adresse : HY ML RACHID RUE 10 N 94

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-05-2023

Date Sortie : 03-05-2023

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Traitement :

Médecin traitant : DR . PR. RABII REDOUANE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE : 400,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : 0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL 400,00						

QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Clinique du Bien-Etre
signature de l'assuré
Bouskoura Golf City Casablanca 27182
Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92
E-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le :

Facture N° 00685/23

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : CBB23E03153135 N° Identifiant : 000516/23
Nom & Prénom : M. IMANE HAMID
C.I.N : W9986
Adresse : HY ML RACHID RUE 10 N 94

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-05-2023

Date Sortie :

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Traitements : URGENCE

Médecin traitant : DR . PR. RABII REDOUANE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		80,02			80,02
Total Rubrique :						
PRESTATIONS						
1	SONDAGE VESICALE		400,00			400,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						480,02

QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS DEUX CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Clinique du Bien Etre
Bouskoura
Signature de l'assuré
E-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma
Tel : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92
Casablanca 27182
Haut : direction@akditalife-bouskoura.ma