

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0019133

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5879 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SIKAR NAIKA
Date de naissance : 25.05.53
Adresse : 83000 OUN RABU Rabat Zaitoun n°6
Tél : 066450 6836 Total des frais engagés : #67204# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08/2023
Nom et prénom du malade : SIKAR NAIKA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : TORSION et anévrisme de l'index
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 : CASA Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

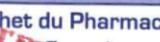
Adresses Mails utiles

- ☐ 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.

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Mouad 59, Bd. Bortolotto, Ain Chock Casa - Tél: 6522 50 89 14	20/08/23 INPE : 092043835	Pharmacie Mouad 22,00 59, Bd. Bortolotto, Ain Chock Casa - Tél: 6522 50 89 14

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/08 2023	Rx Mam G/F	250.000

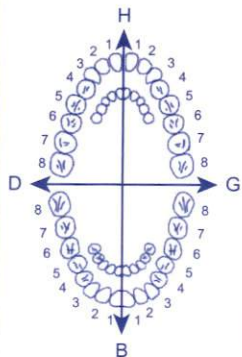
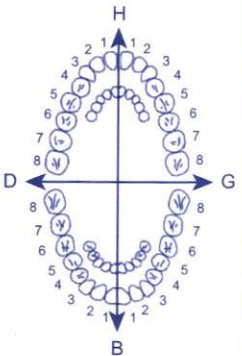
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casa le 20/08/2023

al - SIKAR JALILA

(1)

Cash



22,00

1 - 3 / TV



Pharmacie Mouad
CHRAÏ
59, Bd. Barroch Am Chock
Casa - Tél: 0522 50 89 14

CLINIQUE AL MADINA
Médecin Réanimateur
de Garde



ORDONNANCE

le 20/08/2023

SI KAR MALIKA

Main Gauche face

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49
Fax: 05 22 25 00 01

GRUPE REANIMATEUR
Dr BERRADA Ouissam
Dr HADBAD Wafaa
Dr DAHBAQUI Yehya
Dr HANZAZ Amine

IBN NAFIS
البن نفيس
التصوير الطبي
Radiologie & Imagerie Médicale
002620012000030



Casablanca, le 20-08-2023

PATIENT: SIKAR MALIKA**RADIOGRAPHIE DE LA MAIN GAUCHE DE FACE****RESULTATS:**

- Absence de trait de fracture.
- Déminéralisation osseuse.
- Absence d'anomalies des parties molles.

Merci de votre confiance**Signé : Dr BELAAROUSSI**

ابن النفيس
التصوير الطبي والإشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
002620012000030

CLINIQUE AL MADIN
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

IBN NAFIS

Radiologie & Imagerie Médicale

**ابن النفيس**

التصوير الطبي والاشعاعي

FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	23/08/2023
DATE EXAMEN	20/08/2023

SIKAR MALIKA

Désignation	Montant
MAIN GAUCHE FACE	250,00
<u>TOTAL</u>	250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **DEUX CENT CINQUANTE DHS**

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 71 71 40 & 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01

ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
: 002620012000030 2000030

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 21845 / 2023 du 23/08/2023

Nom patient

SIKAR MALIKA

PAYANT

Entrée 20/08/2023

Sortie 20/08/2023

CONSULTATION

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00	URG	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Clinique				200,00

DR. GROUPE REANIMATEUR (anesthésiste)	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Autres prestations				200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique
Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01