

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

- 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.

M23- 020879

17680

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050

Société : RERATR

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AZRAK ABDELKHEIM

Date de naissance :

Adresse : 14, Rue AÏTHÉNÉ 2 MARS CAGA

Tél. : 062343362 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL AZRAK ABDELKHEIM Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : changement de parenté

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 20/09/2023

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
06/08/03	Pansement		100 D.H	
09/08/03	Pansement		100 D.H	
10/08/03	Pansement		100 D.H	
11/08/03	Pansement		100 D.H	
16/08/03	Pansement		100 D.H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

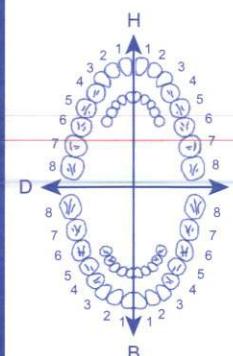
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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 AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **23963 / 2023** du **11/09/23**

Nom patient	EL AZRAK ABDELKRIM	Entrée	08/08/23
	PAYANT	Sortie	08/08/23

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	PANSEMEA	1.00	100.00	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS	Total	100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCIE MECQUE- CASA

**CLINIQUE AL MADINA**

CAISSE II

532 Bd Panoramique - Casablanca

Tél. 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)

Fax 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN°: **23964 / 2023** du **11/09/23**

Nom patient	EL AZRAK ABDELKRIM	Entrée	09/08/23
	PAYANT	Sortie	09/08/23

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	PANSEMEA	1.00		100.00
Total Clinique				100.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CENT DIRHAMS	Total	100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE N
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **23970 / 2023** du **11/09/23**

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**
PAYANT

Entrée **10/08/23**
Sortie **10/08/23**

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	PANSEMENT	1.00	100.00	100.00
Sous-Total				100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS	Total	100.00

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

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **23972 / 2023** du **11/09/23**

Nom patient	EL AZRAK ABDELKRIM	Entrée	12/08/23
	PAYANT	Sortie	12/08/23

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE				
PANSEMENT	1.00		100.00	100.00
<i>Sous-Total</i>				100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS	Total	100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINACAISSE U
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L-6)
Fax: 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N°: 21344 / 2023 du 15/08/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKrim**
PAYANT

Entrée 15/08/23

Sortie 15/08/23

Désignation des prestations	PANSEMENTS POSTE OPE			
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	PANSEMENT	1.00	100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS			Total	100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA

CAISSE U

532, Bd Panoramique - Casablanca

Tél. 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)

Fax 05 22 25 00 01