

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

180014

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050 Société : Ramy

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL-ATRAR ABDELKARIM

Date de naissance : 1950

Adresse : 14 Rue ATHENE 2 MARS Essaouira

Tél. : 0662343962 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/10/2013

Nom et prénom du malade : EL-ATRAR ABDELKARIM Age : 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : El Jadida Le : 02/10/2013

Signature de l'adhérent(e) : El Jadida



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Naturés des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

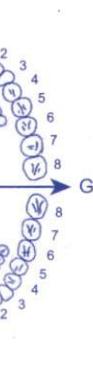
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

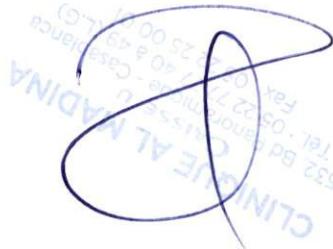
Relevé des prestationsN° : **0 / 2023 du 02/10/23**Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**
PAYANTEntrée **02/10/23**
Sortie **02/10/23****PANSEMENTS POSTE OPE**

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 , AGENCE MECQUE- CASA



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

Relevé des prestations

N° : 0 / 2023 du 18/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM** Entrée **18/09/23**
PAYANT Sortie **18/09/23**

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE PANSEMENT	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 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique Casablanca
Tel : 05 27 77 04 49 (L.G)
Fax: 05 27 77 04 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

Relevé des prestations

N° : 0 / 2023 du 22/09/23

Nom patient	EL AZRAK ABDELKRIM	Entrée	22/09/23
	PAYANT	Sortie	22/09/23

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

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

Compte bancaire : AWB 00778000033030000022736 , AGENCE MECQUE- CASA



CLINIQUE AL MADINA
32 Bd Panoramique - Casablanca
Tel: 05 227 77 00 Fax: 05 225 00 01
Sous-Total

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN°: **23991 / 2023** du **11/09/23**

Nom patient	EL AZRAK ABDELKRIM	Entrée	11/09/23
	PAYANT	Sortie	11/09/23

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

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

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

532 Bd Panoramique Casablanca
Tél. 05 22 77 40 Fax: 02 25 00 01 (LG)
CLINIQUE AL MADINA
Caisse L

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : **23990 / 2023** du **11/09/23**

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**
PAYANT

Entrée **04/09/23**
Sortie **04/09/23**

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PANSEMENTS POSTE OPERATOIE	1.00	PANSEMENT	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 MADINA
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tel. : 05 2277 77 40 Fax: 022 25 00 02 RC:407991 TP:34782425 IF:1007171 ICE:00163020000096 CNSS:7582358
FAX 05 2277 77 40 (LG)

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **23978 / 2023** du **11/09/23**

Nom patient	EL AZRAK ABDELKRIM	Entrée	22/08/23
	PAYANT	Sortie	22/08/23

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**

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

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

