

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1570

Société : RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSTAOUI MOHAMED

Date de naissance :

01/01/1950

Adresse :

LOT AL KOTBI N°3 Souda III

EL Jadida

Tél. : 06 22 60 6792

Total des frais engagés : 1139,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/01/1950

Nom et prénom du malade :

MOUSTAOUI MOHAMED Age: 73

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

INTUPLAANCIE

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 : 11/01/2013

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
21/10/2023	G	250,00	Dr HASSAR MEDICAL Chirurgien - CLINIQUE N BADIS 11/10/2023	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/13	489,70 AN20122(2)

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr HASSAR MEDJAWAD Chirurgien	02/09/2013	2 R.A	4.000,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
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

د/ مصطفى
مشائخ

El Jadida, Le

02/01/2023

PPV: 22DH20
PER: 05/25
LOT: M1615



Ⓐ Codoliprane

22,20 ₣
5 ₣

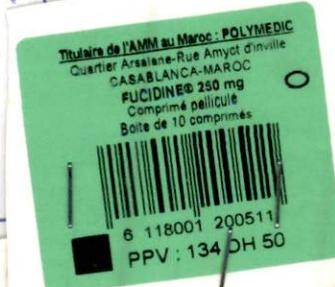
Ⓐ Paracétamol

2x134,50 ₣
5 ₣

Ⓐ Novocainal

198,00 ₣
1 ₣

489,20 ₣
5 ₣



El Jadida, Le

Moustaozi

Mohamed

C. R. R

na de 2 mois

trouble infectiel pharyngéale de
dr T. et R. G. N.

DI HASSEAR Med Jemra
CLINIQUE IBN BADIS
Tél. 0523 39 51 11

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE FACTURATION
Tél. 0523 39 51 12

EL JADIDA

02/10/2023

FACTURE

NOM ET PRENOM MOUSTAOUI MOHAMED

DATE	PRESTATIONS	LETTRE-CLE	P,U	NOMBRE	MONTANT
02/10/2023	CONSULTATION	C2	250,00	001	250,00
	RADIO	RX	200,00	2	400,00
TOTAL					650,00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE AL SOMME SIX CENT CINQUANTE
DIRHAMS

Clinique Ibn Badis
Tel. 0523 39 51 11 / 0523 39 51 12
Fax: 0523 37 31 25

Clinique Ibn Badis
10, Bd Ibn Badis - El Jadida

Tél : 0523 39 51 11 - 0523 39 51 12 Fax : 0523 37 31 25
Site web : www.cliniqueibnbadis.com E-Mail : cliniquebadis@gmail.com
Patente: 42116055 - IF: 40434237 - RC: 3223 - CNSS: 8869284 - ICE: 000226592000097

مصحة ابن باديس
10، شارع ابن باديس - الجديدة