

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Sons 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2051 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENABD Rachid

Date de naissance :

21 oct 1953

Adresse :

24 Rue Ben Abdallah - Casablanca - Maroc

Tél. :

06 61 13 29 62

Total des frais engagés

1187,70 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14 SEP 2019

Nom et prénom du malade :

Noureddine

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Transférine oral LG

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 :

21/8/19

Signature de l'adhérent(e) :

Rachid

#### **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
14/01/19	1	5	5000	
20/01/19	Pédiatrie	1	2000 DK	 <b>CITM CLINIQUE BADR</b> 10000 Casablanca 10000 Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE LAHJAMA Noureddine Taghazouti	8/8/09	1337,-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du praticien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>CITM CLINIQUE BADR</b> 35 Rue El Aoussi, Bourgogne - Casablanca Tél : 05 22 49 28 00/08/02/84 Fax : 05 22 49 23 86	07/05/2019	2(6)	400,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

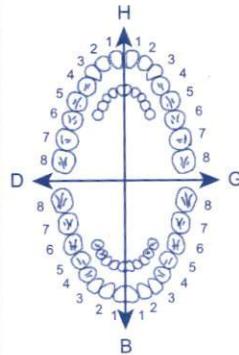
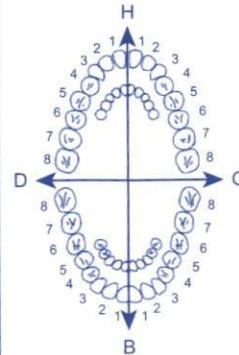
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>IM CLINIQUE Rue El Aïtoua 17 Tel.: 05 22 43 18 00 - 80 82 184 Fax: 05 22 49 23 86</i>	07/03/19			<i>Pausseneur</i>		100,00

## 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.

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											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															





URGENCE 24/24

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE

CHIRURGIE VISCÉRALE

COELIO CHIRURGIE

NEURO - CHIRURGIE

CHIRURGIE VASCULAIRE

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE

CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Docteur :

Casablanca, le

٢١/٠٩/١٩

1) Ille Benj Nourfine.

1) Do Pijnen 1/2 gr effe  
npx 3/3 3pm

2) Cetness 9

npx 1/1

CLINIQUE  
BADR  
3pm  
26 Rue EL ALLOUEI, Bourgogne  
Casablanca Tél: 05 22 49 28 00



07/08/19

Identité: Mlle BENNIS NOUFISSA

**RX DE L'AVANT-BRAS GAUCHE**  
**F/P**

- Absence de solution de continuité osseuse de type traumatique nettement visible sur ces clichés.

*CITM CLINIQUE BADR  
35 Rue EL ALLOUSSI Bourgogne - Casablanca  
Tél: 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80/81/82/83/84/85 - Fax : 05 22 49 23 86 - I.F. 1002301- PATENTE N°35600682  
Fax: 05 22 49 23 86*

ICE : 001529932000062

# CITM Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

092 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

## F A C T U R E

N° : 201901989  
Du : 07/08/2019

Nom patient : Mme BENNIS NOUFISSA

*Médecin prescripteur ; DrBENNOUNA*

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
FRAIS CLINIQUE	1	200,00
PHARMACIE	0	100,00
AVANT BRAS F/P	6	400,00
FRAIS CONSUTATION	1	300,00
	Total	1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**MILLE DIRHAMS**

*CITM CLINIQUE BADR  
35 Rue El Alloussi, Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 49 28 00/80/82/84  
Fax : 05 22 49 23 86*