

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0046087

Nº D 11481

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1254 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FATHI Abdelhak

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Ohs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NAJI MAOULANI
Médecine Physique et Rééducation
Médecine du Sport
28, bis Bd. Moulay Ismaïl Ter - Casablanca
Tél.: 05 22 81 29 55 / Fax : 05 22 81 29 55
05 26 88 14 24 / 05 46 15 32 74

Date de consultation : 18/11/2018

Nom et prénom du malade : Hamouda Chadi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fracture Saine

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

AS

AS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE AL KIRIM 709, Bd Madibata Qu. Polo Casablanca Tél.: 05 22 81 31 81 / 05 22 81 32 18 05 22 81 31 71 - Fax : 05 22 81 04 38	12/11/2018	nb:in Facture	300 Dh

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

CLINIQUE AL KARIM



مصحة الكري

١٢ - ١١ - ١٥

ن = HAOUDA chadi à

re mes feels
F + 3/4

Dr. NAJIB HAOULANI
Médecin Spécialiste en Rééducation
29, Bld. Modibo Keita - Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 81 31 88 / 05 22 81 32 18 Fax : 05 22 81 04 38
E-mail : cliniquealkarim@gmail.com - Site web : www.cliniquealkarim.com

■ 709 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء ■

Tél.: 05 22 81 31 88 / 05 22 81 32 18 Fax : 05 22 81 04 38

E-mail : cliniquealkarim@gmail.com - Site web : www.cliniquealkarim.com



le 12/11/2019

FACTURE:507/19**NOM ET PRENOM****Mme HAMOUDA CHADIA**

L I B E L L E	QTE	Prix Unitaire	Montant
Radio du pied gauche face+3/4	1	300,00	300,00
Ablation de platre	1	200,00	200,00
			500,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENT DIRHAMS





LE 12/11/2019

Nom & prénom : HAMOUDA CHADIA

Examen radiologique réalisé :

- Radio du pied gauche (face+3/4).

Compte rendu :

- Fracture de la base du 5 ème méta en phase de consolidation.

