

## 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

- Reclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-417272

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5111

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KABBAJ

Habiba

Date de naissance : 29.12.54

70 JUL 2013

Adresse :

Tél. : 0661610559

Total des frais engagés : ACSOEL Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 juin 2013

Nom et prénom du malade : Douleur Abdominal Age : 1

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 1

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin effectuant l'examen des Actes
20.06.19	CS		250,-	Docteur Moulay Driss SENI, Médecin Anesthésiste Réanimateur Clinique Badr EL Attaoussi Bourgogne 35 Rue Capitaine Tel.: 05 22 49 28 00
20.06.19	Frais chirurgique		20,-	

## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CTM CLINIQUE BAD 35 Rue El Aoussi Bourgogne Casab Tel: 05 22 49 28 09 / 80 / R2 / 84 Fax: 05 22 49 23 63	05/06/2006	3	1	1	1	1000
CTM CLINIQUE BAD 35 Rue El Aoussi Bourgogne Casab Tel: 05 22 49 28 09 / 80 / R2 / 84 Fax: 05 22 49 23 63	05/06/2006	3	1	1	1	1000

## 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	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
D				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme S.M

## CITM Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

092 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

### F A C T U R E

N° : 201901647  
Du : 30/06/2019

Nom patient : Mme KABBAJ HAKIMA

*Médecin prescripteur ; Dr REANIMATEUR DE NUIT*

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
FRAIS CONSULTATION	1	250,00
FRAIS CLINIQUE	1	200,00
PHARMACIE	0	100,00
FRAIS PERfusion	1	100,00
	Total	650,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

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



Clinique BADR

BON PHARMACIE  
URGENCES 24/24

DATE : 30.06.19

NOM : Kabbaj  
hakim

HEURE

CHAMBRE

Tél. : 05 22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

CITM CLINIQUE BADR  
35 Rue El Aloussi Bourgogne Casa

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

MED.T. :

INFIRMIER :

SIGNATURE :

- Andol adl

- Naspa adl

- hypnovel adl

- imbutamol 500c adl

- Gant gelb adl

- perfusen adl

- Seringe 10ml adl

- kanechka adl

- anachek adl

- Hotel moufH

CITM CLINIQUE BADR  
35 Rue El Aloussi Bourgogne Casa  
22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

Tél. : 05 22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

Tél. : 05 22 49 28 00 / 80 / 82 / 84

Tél. : 05 22 49 28 00 / 80 / 82 / 84