

## 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.

**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

N° W19-417272

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5111 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : KABBAS Habiba  
 Date de naissance : 29.12.54  
 Adresse :  
 Tél : 0661610559 Total des frais engagés : 650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 Jun 19  
 Nom et prénom du malade : Doukhan Abdou

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 :  
 Signature de l'adhérent(e) :

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attentif au Règlement des Actes	
20.06.19	CS		2500		
20.06.19	Frais Clinique		200		

Docteur Moulay BENTISSI  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Clinique Badr Bourgogne  
35 Rue EL Aïoussi  
Casablanca Tél.: 05 22 49 28 00

[illegible][illegible]

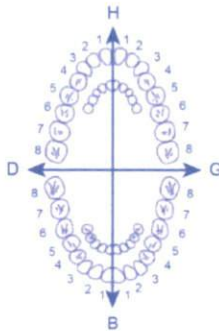
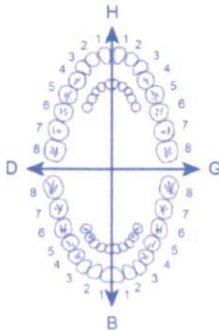
AUXILIAIRES MEDICAUX		Montant détaillé des Honoraires			
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			
		AM	PC	IM	IV
<p>CLINIQUE BADR</p> <p>05 22 49 28 00 / 80 182 184</p> <p>Faloume : 05 22 49 23 63</p> <p>05 22 49 28 00 / 80 182 184</p>	<p>30/06/2024</p> <p>05 22 49 23 63</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>100</p> <p>100</p>

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412    21433552 00000000    00000000 D ————— G 00000000    00000000 35533411    11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ne 5111

## 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 ; DrREANIMATEUR DE NUIT

#### Examens

Cotation(Z) Prix Dhs

FRAIS CONSUTATION	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  
Tél : 05 22 49 23 00/80/82/84  
Fax : 05 22 49 23 86



Clinique BADR

BON PHARMACIE

URGENCES 24/24

DATE : 30.06.19

NOM : Kabbaj  
hakima

HEURE : 22:49

CHAMBRE : 05 22 49 23 86

CITM CLINIQUE BADR  
35 Rue El Aloussi Bourgogne Casa.  
Tél : 05 22 49 23 86

MED. T. :

INFIRMIER :

SIGNATURE :

- Andol 201

- Nospa 201

- hypnovel 201

- intramural rose 202

- Gant jell 201

- perfusem 201

- Seringue Delox 202

- bonetto 201

- ganchet 201

- Katal 100PH

CITM CLINIQUE BADR  
35 Rue El Aloussi Bourgogne Casa.  
Tél : 05 22 49 23 86