

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-545475

ND: 32235

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A2291

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUKDOUR AMINE

Date de naissance : 10/03/1981

Adresse :

Tél. : 0672667506

Total des frais engagés



ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

08 JUL 2020

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/06/20

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-545475

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
14/6/2011	CS		300.00	INP : 1111111111 Docteur Abdesslam EL BAROTI Chirurgie de la Propriété Tél: 05 22 44 44 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/06/20	4540

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CHIQUET JERRADA LASSIS Service de Radiologie CASABLANCA TAI 05 22 99 32 00</i>	24/06/2020	2 - 28	4.00,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est

• 100 •

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <tr> <td>0,25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			0,25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
0,25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



090061078

CASABLANCA Le : 24-06-2020

Facture N° 07819/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20F24170643

N° Identifiant : 027631/20

Nom & Prénom : Enf. BOUKDOUR ALI

C.I.N.:

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . KHAIROUNI ABDESLAM

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 24-06-2020

Date Sortie : 24-06-2020

Traitements :

Qté RADIOLOGIE	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	GENOU DROIT FACE + PROFIL		400,00			400,00
					Total Rubrique :	400,00
						400,00
						0,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :					TOTAL GENERAL	400,00

QUATRE GENTS DIPHAMS

QUATRE CENTS DIRHAMS
Arrêté la présente facture à

Arrête la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

Ave. Abderrahim Bouabid - Casablanca Tél. : 05 22 23 81 81 Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.com - IF : 40280390 - ICE : 001628705000012- RIB : 230780404038722100950065

Boukdoor Amine

Matricule 12291

Tel: 06 72 66 75 86

Objet: Attestation sur l'honneur

Je soussigné Monsieur Boukdoor Amine né le
10 Mars 1981 à Casablanca, CIN BE 74 2654/
atteste sur l'honneur que mon fils Ali Boukdoor
né le 25 Juillet 2011 a eu une chute à notre
domicile.

Suite à cela, il a eu des douleurs aux niveau de
son genou droit.

CASA 24 Juin 2020

Ali



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

24/6/2006

Beck Sami
Ali

8ans / 36kg



PPV:10DH30
PER:02/23
LOT:J380



2/ Difl 25
= 24.80 x 1

sep + 2/1 exp 10/08

3/ Cenovil 6yp
= 45.40

attib 1/24me
vitamin





Casablanca, le

24/06/2020

PATIENT : BOUKDOUR ALI

PRESCRIPTEUR : DR. KHAIROUNI ABDESLAM

Rx. GENOU DROIT FACE & PROFIL

RESULTATS :

Minéralisation osseuse normale.

Pas de trait de fracture.

Pas de luxation.

Epaississement des parties molles péri articulaires.

Merci de votre confiance.

Dr. AKDIM*

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél. 05 22 99 37 48



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

24/6/2009

Boukdeem
Ali

✓ Oasis grena
doux
f+P

Docteur Abdesslam KHAIROUN
Chirurgie et Orthopédie
de l'Enfant
34, Rue Châiria Achour, Casablanca
Tél: 06.60.02.77.11 - 322.25.00.00