

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5694

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/05/2023

Nom et prénom du malade : EL ABDELLI RAHMA ..... Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Amputation du doigt

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) :

## **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
05.05.2023		R30	25000DH	<p>Notissement Jajah          Dr. HASSAN MOUSSAINE          061 555 15 22 02 42 80</p> <p><u>TRAUMATO - Orthopédie</u></p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **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
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

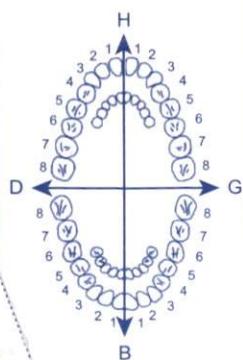
#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مَعْجَنْ السَّفَادِ

## CLINIQUE CHIFA



060002557

## **ORDONNANCE**

Berrechid, le : 05.05.2023

Mme: ELASOLI; RAHMA

Dr. H. MCGURKINE  
Traumato - Orthopaedia

①. Ziv Look (noomg)

10pař

② - SEPCE N(500 mg)

$\delta \text{ cpa } \delta$

③- Flagyl (500mg)

3 CP α 3



7- تجزئة حدة - بر شيد الهاتف / الفاكس : 05 22 32 42 80 المحمول : 05 61 14 32 05

**7, Lotissement Jaddah - Berrechid Tél./ Fax: 05 22 32 42 80 Gsm: 06 61 14 32 05**



الشيفا Clinique CHIFA

le 05.05.2023

Compte Rendu opératoire



060002557

Mme: ELAB OLLI. RAHMA

diabétique au sucre non  
dépendant, fsgt  
en pleiomax de 8° degr  
gauche, opérée fracture  
compliquée de l'index au  
8° degr.

CH. Son antécédent générale  
Amputation de l'index.  
per opere Relancé.

Dr. H. MOUHSINE  
Traumato - Orthopédiste



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682  
Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098  
ICE: 001785613000068



الشيفا  
CLINIQUE CHIFA

Berrechid le :05/05/2023

FACTURE:N°P72/23



060002557

Nom et prénom : EL ABDLLI RAHMA

Date d'entrée :05-05-2023

Date de sortie :05-05-2023

INTITULE	JOUR	QTE	PU	MT
Chambre simple	1		400	400,00
Bloc opératoire K30				700,00
<b>Sous Total Clinique</b>				<b>1 100,00</b>
***HONORAIRES***				
Dr MOUHSIN K30				1 100,00
Dr EL OUASSI K15				300,00
<b>Sous Total Honoraire</b>				<b>1 400,00</b>
		<b>TOTAL</b>		<b>2 500,00</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:

DEUX MILLE CINQ CENT DHs



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - جدة 7

Gsm :06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068



# الصفا CLINIQUE CHIFA

BERRECHID LE : 05/05/2023



060002557

## NOTE D'HONORAIRES

DR MOUHSIN Mme : EL ABDLLI RAHMA

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente suivant l'usage sa note d'honoraires pour K30

S'élevant à la somme de mille cent (1100.00) dirhams.



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - جدة، تجزئة

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682  
Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098  
ICE: 001785613000068



الشفاء  
CLINIQUE CHIFA

BERRECHID LE : 05/05/2023



060002557

**NOTE D'HONORAIRES**

*DR EL OUASSI Mme : EL ABDLLI RAHMA*

*D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente suivant l'usage sa note d'honoraires pour K15*

*S'élevant à la somme de trois cent (300.00) dirhams.*



---

7, Lottissement Jaddah - Berrechid BP 308 - تجزئة جدة - برشيد

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682  
Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098  
ICE: 001785613000068



## BILLET DE SORTIE

**URGENCES 24H / 24H**

---

7, Lotissement JADDAH Route De Marrakech - Berrechid  
Gsm: 06 61 14 32 05 / Tél.fax : 05 22 32 42 80

N° DOSSIER

Nom : EL ABD LIJ

Prénom : RAHMA.

Date d'Entrée : 05.05.2023

Date de Sortie : 05.05.2023

Médecin Traitant : DR Noufisine

Diagnostic : Amputation du doigt

Traitements :

Ordonnance :

V à



R.D.V

RDV pour le

changement de pansement.

chaque jour.

au h

