

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0037736

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12168 Société : 165868

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Elouannich Slim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 2767371 Total des frais engagés : 528 MAD Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Leila CHRAÏBI  
Spécialiste en Allergologie  
Spécialiste en Pédiatrie  
Tél: 0522 59 98 01 / GSM: 0600 03 60 46  
INPE: 091042895

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/05/23

Nom et prénom du malade : Elouannich Yams Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer - Intestin

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 13/06/20 Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/05/23        |                   | 5                     | 350 014                         |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 24/05/23 |                              | 7800                   |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

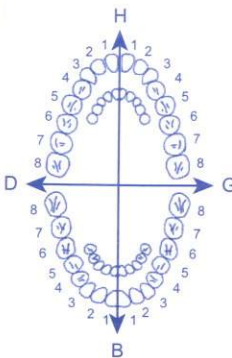
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre    |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|-----------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM        | PC | IM | IV |                                 |
|                                  | 24/05/23       | Injection |    |    |    | 100 014                         |
|                                  |                |           |    |    |    |                                 |
|                                  |                |           |    |    |    |                                 |
|                                  |                |           |    |    |    |                                 |
|                                  |                |           |    |    |    |                                 |
|                                  |                |           |    |    |    |                                 |
|                                  |                |           |    |    |    |                                 |
|                                  |                |           |    |    |    |                                 |
|                                  |                |           |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

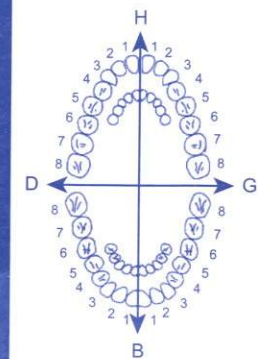
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |  |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             | 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

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS      | <input type="text"/> |
| 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'EXECUTION

Lot :  
EXP :  
PPV :

17,60



# ORDONNANCE

Casablanca le, 24/5/23

YANIS GROSSMARCH

1/ Vogalène gentls (S.V)

17,60 25 gentls + 3/2 arml  
rjm

Enteryemine Dmg (S.V)  
6,00 1 Dmg / 2.

78,00

STEPHARACIE GOLF CITY  
118 route de Bouskoura Golf City  
RDEN° 9 - Bouskoura - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09

Docteur Leila CHRAÏBI  
Spécialiste en Allergologie  
et Pédiatrie  
Tél: 0522 59 98 05 GSM: 0600 03 60 46  
INPE: 091042895

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
ENTEROGERMINA 2 milliards du Sml,  
Susp oral b10 R 5ml

P.P.V. : 60 DH00



VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca

Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) -E-mail: contact@cvw.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57



# CLINIQUE VILLE VERTE

EL S A N  
TEL :0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

## F A C T U R E

N° 3 187 / 2023 du 24/05/2023

|                 |                  |                      |                      |
|-----------------|------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient     | QUOUNINICH YANIS | Entrée<br>24/05/2023 | Sortie<br>24/05/2023 |
| Prise en charge | PAYANTS          |                      |                      |

|                              | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|------------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES         |        |            |               |         |
| FRAIS CLINIQUE               | 1,00   |            | 50,00         | 50,00   |
| FRAIS CLINIQUE               | 1,00   |            | 100,00        | 100,00  |
|                              |        |            | Sous-Total    | 150,00  |
| Total Frais Clinique         |        |            |               | 150,00  |
| PRESTATIONS EXTERNES         |        |            |               |         |
| DR. CHRAIBI LEILA (pediatre) | 1,00   |            | 300,00        | 300,00  |
|                              |        |            | Sous-Total    | 300,00  |
| Total prestations externes   |        |            |               | 300,00  |

|  |               |        |
|--|---------------|--------|
|  | Total général | 450,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS |               |        |
| 0.00   |               |        |

|               |  |          |  |                |       |
|---------------|--|----------|--|----------------|-------|
| Encaissements |  | Carte Bq |  | Total encaissé | Solde |
|               |  | 450,00   |  | 450,00         | 0,00  |

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town, Ville Verte  
Bouskoura - Casablanca  
TEL: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57