

# 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.

M22- 0036195

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10024 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENOUAR MAHAMED A 69960

Date de naissance : 03.10.1969

Adresse : 72, Gt MAZOLA, Rue 1, Hay Hassani

CASH

Tél. : 06.26.09.02.02 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23.07.2023

Nom et prénom du malade : MAHAMED ICHALIL Age : 60

Lien de parenté : Famille  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie pulmonaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : maladie pulmonaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie pulmonaire

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 : CASABLANCA Le : 22.07.2023

Signature de l'adhérent(e) : MAHAMED ICHALIL



## 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
23/03/2013	20/3	62	190,00	490,00 Dr. BAHJI M.D. DEPARTS

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CINEMA ANFA Dr BENTAYEB Naoual PHARMACIE CINEMA ANFA Dr BENTAYEB Naoual ad sidi Abderrahmane Casablanca	22.7.23	PHARMACIE CINEMA ANFA Dr BENTAYEB Naoual 141 bis, Bd Sidi Abderrahmane Hay El Hana, Casablanca Tél: 0522 36 87 62

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
412	21433552
000	00000000
000	00000000
411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side) and several anatomical landmarks. Landmarks include **H** at the top, **D** on the left, **G** on the right, and **B** at the bottom. The teeth are arranged in a standard dental layout, with the first molar on each side being the largest and the second molar being the second largest.

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

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة ORDONNANCE

11 Ans  
88 Kg

le 23/07/2023

Ben abderrahmane Khalil

14.40  
1 - Doli pmsu 500 mg 11600  
PPV: 15DH30  
PER: 02/26  
LOT: M700

162.70  
2 - S. clov posa 19  
PPV: 15 x 2.00  
LOT: 221437  
EXP: 05/24  
Poudre p  
Adult

22.00  
3 - Nifluril syn 400 mg  
PPV 22DH00 EXP 08/2025  
LOT 26076 1

PHARMACIE CINEMA ANFA  
Dr BENTAYEB Naoual  
141 bis, Bd Sidi Abderrahmane  
Hay El Hena, Casablanca  
Tél: 0522 36 87 62

N° IPP : 785198	N° SEJOUR : 230022937	FACTURE N° 2305008042				DATE D'ENTREE : 23/07/2023		DATE DE SORTIE : 23/07/2023				
ASSURE :						UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE :		BENOUAR,Ahmed Khalil		
MALADE : BENOUAR,Ahmed Khalil		N° IMMAT C.N.S.S :										
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :										
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN		CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 470111 DR BAHIJ ANASS		TOTAUX :		190.00						190.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de :		CENT QUATRE-VINGT DIX DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE :		
				REMISE :		0.00	REGLE :	190.00		AVOIR :		
				RESTE DU:		0.00						
DATE FACTURE : 23/07/2023		EDITEE LE : 23/07/2023		PAR: ELKERB		ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT						
				BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
				N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49						

