

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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) : **9020**

Matricule :

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

**KHALID ADIL**

**A83897**

Date de naissance :

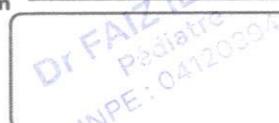
Adresse :

Tél. : **0662763203**

Total des frais engagés : **348,00** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22/07/2023**

Nom et prénom du malade : **KHALID ADIL** Age : **30**

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 : 20/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **El Sayy**

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
20111123	Ces	1	18000	INP : <input type="text"/>
				FAIZ IL HA Pediatre 091203944

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>ARMACIE LE CREPUSCULE e 56 Lot. Hassan II N° 1 CASABLANCA TÉL: 05 22 90 00 47</del>	11/03	188

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

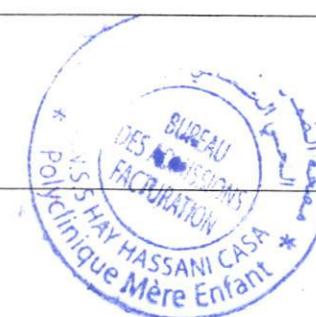
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT 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 PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		00000000		35533411	11433553	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B		00000000													
		35533411	11433553													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession															



N° IPP :	797728	N° SEJOUR :	230037104	<b>FACTURE N° 2302010374</b>				DATE D'ENTREE :	21/11/2023	DATE DE SORTIE :	21/11/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	KHALIDI,Idriss		
MALADE :	KHALIDI,Idriss		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :			N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :			N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
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	
<b>CONSULTATION DE MEDECIN</b>											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	470100 DR FAIZ ILHAM	TOTAUX :	150.00							150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE :		
			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :		
			RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	21/11/2023	EDITEE LE :	21/11/2023	PAR:	CHAIMA	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					



P: 27/8

T: 134cm

T: 36°7

Age: 10 ans

# وصفة ORDONNANCE

le ٢٢/١٢/٢٠٢٣.....

KARALOID

500 mg.

81,20

→ Cetirizine S.V.

1 قapsule

30

→ Prodefen S.V.

1 قapsule  
RUE 56 LOT. HASSANIA II N° 1  
PHARM. CASABLANCA  
Tél./Fax : 05 22 22 00 47

40

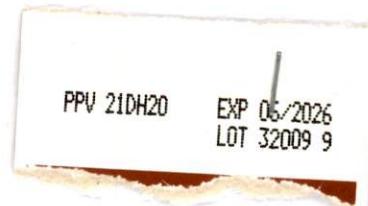
500 mg NEOFORTAN 40 mg

22,50

1 قapsule

→ Brufen S.V.

1 قapsule 500 mg  
15,30



Lot : 124532  
Date de Fab : 06.2022  
Date de Pér : 06.2024  
PPC : 99 Dhs

NEOFORTAN 40 mg  
PPV 400H00  
EXP 04/2026  
LOT 34023 2



15,30  
PPV 15DH30  
PER 07/26  
LOT M2400-2