

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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 : 10888 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAZRAK

ZINER

Date de naissance :

97-02-78

Adresse :

5, Rue Ali ABDELAZZAK, Les Mille Fleurs,

CASA BLANCA.

Tél. : 06 61 24 67 86 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. BENNANI MEJDE**  
**Anesthésiste Reanimateur**  
**CLINIQUE BADR**  
**091025007**

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Elzmarie Zinel Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : .....

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
05.01 24	C S	1	250,00	Dr. BENNANI HAJDE Anesthésiste Réanimateur CLINIQUE BADR 091025007
05.01 24	F C	1	200,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HYPER-SARLAU</b> 25, Rue Ali Abderrazak Casablanca Tél: 03.22.94.45.30	05/01/24	16,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05.01.24	Pharmacie	100,00			
	05.01.24	Perfusion	100,00			

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### **Important :**

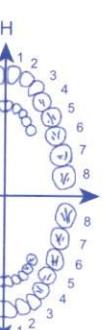
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>											
												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D												
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
<b>Coefficient des travaux</b> <span style="float: right;">_____</span>												
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="float: right;">_____</span>												
<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="float: right;">_____</span>												
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="float: right;">_____</span>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INPE : 090002445

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE  
 NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE  
 CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYSPISE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE  
 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
 CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE  
 CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

~~PHARMACIE HYPER SRL A.J.  
PROTEIN  
25, Rue Al. Abderrazak  
Casablanca  
Tel: 05 22 94 45 30~~

CASABLANCA Le :

05-01-1984

~~CAZ RAG 21/2~~

26,50  
 ✓ vtr C 1000 ✓  
 10,00  
 ✓ Andol 18 ✓  
 10 x 3 ✓

✓  
✓

✓  
✓

79,70  
 Dr. BENNANI MEJDÉ  
 Anesthésiste Réanimateur  
 CLINIQUE BADR  
 091025007  
 URGENCES 24/24  
 ✓ CLINIQUE BADR  
 Reception  
 1, Rue EL ALLOUSSI, Bourgogne  
 Casablanca Tel: 05 22 49 28 00  
 37.

P.V. 79 DH 70  
FER 12/25  
LOT 12602



LOT : 220044  
EXP : 02/2025  
PPV : 10,00 DH

PPV (DH) :

**F A C T U R E**

N° : 202400156 / 2024 du 06/01/2024

Nom patient **LAZRAK ZINEB**

Entrée 05/01/2024

**PAYANT**

Sortie 05/01/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		200,00	200,00
PERFUSION	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	200,00
			<b>Total Clinique</b>	<b>500,00</b>
DR. M.A.R DRS. EL AOU (anesthésie réa)	1,00 CS		250,00	250,00
			<i>Sous-Total</i>	250,00
			<b>Total Autres prestations</b>	<b>250,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>				
SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS			<b>Total</b>	<b>750,00</b>



مصرف المغرب

## ACHAT ))))

06/01/24 00:04:31

9900/43//5 9/43/01

**CLINIQUE BADR URGENCE**

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*01/5 VISA

CARTE LOCALE 221-0-9999-1-44

**MONTANT : 750,00 MAD**

Num Transaction : 001

Num Autorisation : 541035

SIAN : 003093

---

TICKET CLIENT