

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M23-0022916

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9418 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENNI KHALID

Date de naissance : 04/06/1972

Adresse : VILLA 40 ILOT 9 CGI BOUSTOURA

Tél. : 0661060961

Total des frais engagés : 679,83 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/02/2024

Nom et prénom du malade : MENNI INES Age : 15ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :  Cardiologie - Vasculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC 19 FEB 2024 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
14/02/21	CST		40000	<i>UNIQUEMENT POUR LA VILLE Verte</i> Signature : Villa Verte Date : 23-06-2021 03 57 57 57 57

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CLINIQUE VILLE VERTÉAU Green Town, Villa Verte Bouskoura - Casablanca	05/22/23 23 - 06/67 57 57	102124	Perfusion			100,00 DH
						79,83 DH

## 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.

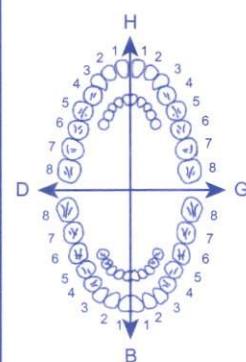
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			Coefficient DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## LISTE DES PRODUITS CONSOMMÉS PAR LE PATI

MENNI INES

220411121747L-006

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
	<b>14/02/2024</b>							
14/02/2024	ACUPAN 20mg Injecta (05)	296770	0	1	6.34	6.34	URGENCE	C
14/02/2024	APOTEL 10MG/ML SOLUTION INJECTA	296770	0	1	15.01	15.01	URGENCE	C
14/02/2024	BANDELETTE DEXTRO	296770	1	0	3.12	3.12	URGENCE	C
14/02/2024	CHLORURE DE SODIUM 0.90% POCHE	296770	1	0	13.10	13.10	URGENCE	C
14/02/2024	CLOPRAME 10mg Injecta (10)	296770	0	1	2.23	2.23	URGENCE	C
14/02/2024	INTRANULE G 20 ROSE	296770	1	0	2.65	2.65	URGENCE	C
14/02/2024	LANCETTE	296770	1	0	0.78	0.78	URGENCE	C
14/02/2024	PANTOPRAZOL 40MG NORMO	296770	1	0	27.20	27.20	URGENCE	C
14/02/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	296770	1	0	7.80	7.80	URGENCE	C
14/02/2024	SERINGUE 10ML	296770	1	0	1.60	1.60	URGENCE	C
	<b>S/total Journée</b>		<b>7</b>	<b>3</b>		<b>79.83</b>		
					<b>Total consommation</b>	<b>79,83</b>		

CLINIQUE VILLE VERTE  
 Casa Green Town, Villa Verte  
 Bouskoura - Casablanca ③  
 Tél.: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

**CLINIQUE VILLE VERTE**

ELSAN  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

**F A C T U R E**

N° **609** / 2024 du **14/02/2024**

Nom patient	<b>MENNI INES</b>	Entrée <b>14/02/2024</b>	Sortie <b>14/02/2024</b>
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EN URGENCE RÉANIMATEUR DE G	1,00		400,00	400,00
PERFUSION	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	600,00
PHARMACIE	1,00	PH	79,83	79,83
			Sous-Total	79,83
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>679,83</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <i>SIX CENT SOIXANTE-DIX-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGT-TROIS CENTIMES</i>	<b>Total général</b>	<b>679,83</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	679,83	679,83	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE  
Tél: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57