

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 103021

Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENOUFSKI Abdellah

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : RESID LA VILLE, ENTREES 4 APT 04  
BD RESIDENCE DAKWI DAKWI DAKWI

Tél. : 0660308685

Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Champs en tarif

Date de consultation : 1/1/2020

Nom et prénom du malade : KITAYER KIAWA Age : 40

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

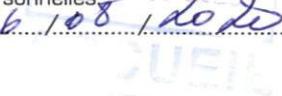
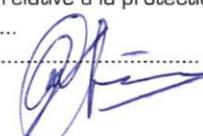
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Kenitra

Le : 06/10/2020

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

## **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

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-B-C triangle, representing the ternary system of Hydrogen (H), Boron (B), and Carbon (C). The vertices are labeled H at the top, B at the bottom, and C at the right. The interior of the triangle is divided into regions corresponding to the stability fields of different phases. The regions are labeled with phase names: 'Liquid' (L) in the central region, 'Solid' (S) in the lower-left region, and 'Vapor' (V) in the upper-right region. The boundaries between these regions are marked by curves representing phase equilibria.

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

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Quittance De Remboursement  
Maladie – Maternité

Société : AXA FRANCE IARD N° de sinistre : 20607942  
Contrat n° : 010 070171 / 00 N° dossier : 800113  
N° d'affiliation : 2648 Date de survenance : 18/06/2020  
Matricule Société : 0 Date de traitement : 09/07/2020  
Assuré : KHAYER NADIA Date de remboursement : 09/07/2020  
Bénéficiaire : KHAYER NADIA Médecin : \*\*\*\*\*

	Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE		250,00	250,00	0	85,00	0,00	212,50
MEDICAMENTS		265,00	265,00	0	85,00	0,00	225,25
		515,00	515,00			0,00	437,75

Observations :

Informations :

Dr Atmane BENNOUNA

PNEUMOLOGUE

Spécialiste des Maladies de l'appareil Respiratoire

Diplôme de la Faculté de médecine

de Toulouse - FRANCE

Ancien assistant des hôpitaux de France

Tuberculose - Asthme - Allergie

sur Rendez-vous

Kénitra, le

18/06/2020

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

أمراض السل - الضيق - الحساسية

بالميعاد

Nom et Prénom du Patient :

KHAYER Nadia

750 mg Levofloxacin collyre

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 75,00 DHS  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

2 gtt x 2 fl

190,00 Achromax

2 mois

265,00 2 pulv x 2 fl

LOT:0036N007  
PER:02/2021  
PPV:190,00 dh

Pharmacie Centre Ville  
Avenue M<sup>e</sup> Dr. M<sup>e</sup> Abderrahmane  
Kénitra - Tel: 05373766729

Dr. ATMANE BENNOUNA  
PNEUMOLOGUE  
Tuberculose - Asthme - Allergie  
N° 1 Avenue Moulay Abderrahmane Appt. N° 1  
KENITRA - Tel: 0537376969 - N° 116969

87 شارع مولاي عبد الرحمن رقم 1 القنيطرة - الهاتف: 05 37 37 69 69 / بالميعاد

87, Avenue Moulay Abderrahmane Appt. N° 1 - KENITRA - Tel: 05.37.37.69.69 / Sur rendez-vous  
ICE : 001718273000080 - INP : 051026862

À remplir par le Médecin

#### Renseignements concernant le patient:

Nom du patient: KHAYER s/n 1000-1000000000

Date de naissance

#### Nature de la maladie

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause

Fall 2000

Kenitra 11.07.2020 PNEUMO-  
disease No. 4  
Date 18/06/2020

18/06/2020

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médi caux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paragraphe des actes
18/06/2020	2	ICE	2000 H	<i>DR. J. P. BONNET</i>
		N° ICE	N° INP	<i>011718273000080</i>
		ICE	PNEUMATOCHIR	<i>DR. J. P. BONNET</i>
		011718273000080	ANTRIA	<i>DR. J. P. BONNET</i>

### **Analyses - Radiographies**

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Montant de la partie due aux infirmiers
N° ICE		N° IMP	
N° ICE		N° IMP	
N° ICE		N° IMP	
<b>Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux</b>			
Devis	<input type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Etabli le :
Facture	<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Etabli le :
Date des soins		Nombre	Montant des honoraires
		AM PC IM JV	
N° ICE			N° IMP
N° ICE			N° IMP

#### **Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)**

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
18/06/99	265,-	Pharmacie Centre Ville Au nom de M <sup>e</sup> Diouf et M <sup>e</sup> Amadou Téléphone : +221 33 676 127
N° ICE		N° INP.
		INPE : 05 20 18 058
N° ICE		N° INP.
N° ICE		N° INP.

Exemplaire à conserver par

Environ Biol Fish (2007) 79:103–110