

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

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



## Declaration de Maladie

N° W19-553911

ND: 38504

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12291 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : CHAOUR BOUASSA

Date de naissance : .....

Adresse : Hay Hamid B.C. 14, n° 7

Tél. : ..... Total des frais engagés : 1135,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : El Oual Achka Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ADP méchancités

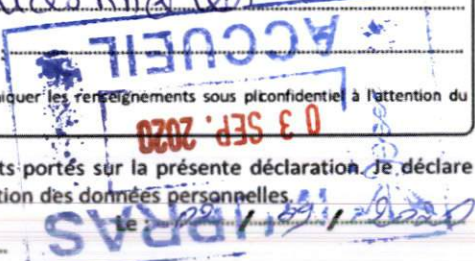
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

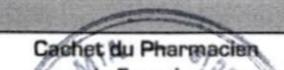
07/09/20 G

INP: AB 09/04/20

Prof. BENTON

Professeur d'Anglais

Anglais

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01-01-22	781,30



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


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

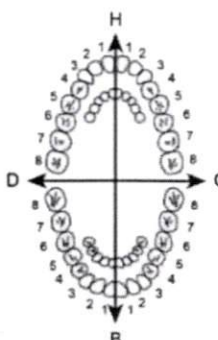
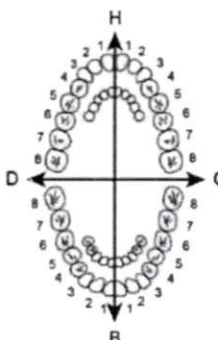
---

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

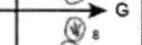
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 01-09-2020.

Ume et Ouf bcha

248.00 X3

Serek de 200 Dr

1 prise

41.80

Erlus ep

1 ep de saie polt 150

785.80



Clinique Aïn Borja  
25 Boulevard Ifni  
Casablanca  
Tél: 05 22 41 63 63 - Fax: 05 22 46 64 24  
E-mail: contact@cliniquecasablancaainborja.ma

Hanane BENTELLOUN  
Professeur Agrégée  
Pneumo-Phisiologie  
Allergologie

ID : 644221  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
8 118001 141104

ID : 644221  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
8 118001 141104

ID : 644221  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
8 118001 141104

PPV  
LOT  
PER  
41,80

6980810008119  
Erlus 5 mg  
18 Comprimés Pelliculés

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 01-09-2020

Facture N° 09335/20

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : CAB20101125527  
N° Identifiant : 021123/20  
Nom & Prénom : Mme EL OUAFI AICHA  
C.I.N : BH159614  
Adresse : RES KHAWLA IMM 8 NR 222 ETG 2

C. Débiteur

Organisme : Payant

N° d'affiliation :  
N° d'immatriculation :  
N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 01-09-2020  
Date Sortie : 01-09-2020

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même  
Nom prénom : EL OUAFI AICHA

Médecin traitant : DR . BENJELLOUN HANANE

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		350,00			350,00
Total Rubrique :						350,00
PARTIE CLINIQUE :						0,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
TOTAL GENERAL						350,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Cachet et Signature

Clinique Ain Borja  
25, Boulevard Aïn Borja  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 41 63 63 - Fax: 05 22 24 66 24

# CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA

PATIENT : Mme EL  
OUAFI AICHA

N° DOS :  
CAB20I01125527  
Sejour : Du  
01/09/2020 au  
01/09/2020  
MT : Dr.  
BENJELLOUN  
HANANE



Reçu N°: 40947

**Paiement du 01/09/2020 13h37**

**Actes**

**Montant**

**350,00 Dh**

**Type de paiement**

**ESPECE**

Imprimé par : SALAHEDDINE ZOUBID Le 01/09/2020  
13h37