

# 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.

## Pathologie 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 : 90394 Société : EL 0183  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : A.R.BIF BOUCHAIB  
 Date de naissance :  
 Adresse : 18 Rue 18 MAY  
 Tél. : 0660527018 Total des frais engagés : 4.893,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/09/2020

Nom et prénom du malade : M. HAFID BOUBA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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

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) :



ZH

## 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
03.03.2016 DIAHMANE Gastrologue 100%	CL	150100	G	RENDU DE COMPTES GASTROENTÉROLOGIE DIAHMANE MAMADOU *

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Chet du Pharmacien ou du Peignisseur	Date	Montant de la Facture
	18/03/2023	196,30

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Pochet 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
		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 de l'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	



وصفة  
ORDONNANCE

Le M. 03.2005

Mr. HATLA Zohra

LOT : 6838  
UT. AV : 12-24  
P.P.V : 45 DH 90

Trisentine, Drchel

45,90 15 x 31 جم  
ampoules x 5J

2 - Verbael CP

150,40  
196,30  
140 x 21 جم x 10T

Dr. BENDAHM

150,40



# وصفة ORDONNANCE

Dr A BENDAHMANE  
Hôpital Médical  
CASABLANCA

18/3/2013

M HATTA 80 K

3000,00

88B 15/4/2013

LOT 7205  
PER 12-22  
PPU 3000 DH

1549,00

Dr KAFWI

S. CHALAK AL OUARD  
Docteur Dr H. H. KAFWI  
Av. Dr Ouardi 3000 Casablanca  
Casablanca 20 - B.P. 1549  
: 0522 86 30 20  
: 0522 86 42 05  
: 0522 86 30 20  
: 0522 86 42 05  
: 0522 86 30 20  
: 0522 86 42 05

1549,00

15/4/2013

LOT 3443  
PER 05-21  
PPU 1549 DH

Dr A BENDAHMANE  
Hôpital Médical  
CASABLANCA

N° IPP : 1128723	N° SEJOUR : 200020383	<b>FACTURE N° 2002006001</b>				DATE D'ENTREE : 11/03/2020 DATE DE SORTIE : 11/03/2020				
ASSURE :						DESTINATAIRE : HATLA,Zahra				
MALADE : HATLA,Zahra		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
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE										

Intervenant : 02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE	TOTAUX :	150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00					AVOIR :	
DATE FACTURE : 11/03/2020	EDITEE LE : 11/03/2020	PAR: AZEDIN	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA	N° DE POLICE :	DATE AT :								
	Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef									
	BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA									
	N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31									