

# 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.

## 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.

## 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.

## Prothèse :

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.

à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040041

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24384 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ASMIL WAHAB  
Date de naissance : 21/09/1954  
Adresse : 66, Av. Nemoay Hassan 1<sup>er</sup> Ap. N°24  
CASABLANCA  
Tél. : 0661332849 Total des frais engagés : 359,02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bouchée avec une toux sèche  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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) : ACCUEIL



# RELEVÉ 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
14/10/2020	CS		G	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
14/10/2020	43,32	

## 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
		AM	PC	IM	IV	
	14/10/2020					303,92

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MOUHARIT Amina

Témara le : 14/1/2020

Spécialiste en anesthésie réanimation

Traitement de la douleur

## Ordonnance

M. Amri Naïme

LOT:513  
PER:07/22  
PPV:23.90DH

23,90

Dolery forte

acera  
LOT 191224  
EXP 05 22  
PPV 24,40 DH

24,40

1 c. s x 3/1  
Apulexol  
1 m/pointe au inch

48,30

Dr. MOUHARIT AMINA  
Anesthésiste Réanimateur  
POLYCLINIQUE Témara  
Tél : 05 37 74 07 74 / 78  
Fax : 05 37 74 02 38

Pharmacie la Ceinture Verte  
N° 11 V. Allal Ben Abdellah, Cité Andalouss  
Témara - Tél : 05 37 64 35 84

Polyclinique Témara

مصحة تمارة

Av. Allal Ben Abdellah, Rue Tolède - Cité Andalouss - Témara شارع علال بن عبد الله زنقة طليطة حي الأندلس  
Tél. : 05 37 74 07 74 / 78 & 05 37 74 02 38 - Fax : 05 37 74 02 38 / e-mail : amimouh@gmail.com

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

17/01/2020 14:55

Nom Patient	: ASMI NAIMA	0A141110
-------------	--------------	----------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
14/01/2020	ATROVENT 0.5mg SOLUTIO (10)(1)	1622	1,00	6,88	6,88
14/01/2020	MASQUE A O2 AD +reser (001)	1622	1,00	40,00	40,00
14/01/2020	OXYGEN. (060)	1622	1,00	50,00	50,00
14/01/2020	PULMICORT 0,5/ SOLUTIO (20)(1)	1622	1,00	7,04	7,04
Total pharmacie					103,92

Polyclinique Témara  
Av. Allal Ben Abdellah Rue Tolède  
Cité Andalouse TEMARA  
Tél.: 0537.74.03.74 / 78  
Fax : 0537.74.03.38



# POLYCLINIQUE TEMARA

AV Allal Ben Abdellah Rue 4  
Cité ANDALOUS TEMARA  
TEMARA

## F A C T U R E

N° : 233 / 2020 du 15/01/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme ASMI NAIMA	Payant	14/01/20	14/01/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
SALLE		1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	200,00
PHARMACIE		1,00	103,92	103,92
			Sous/Total	103,92
Total clinique				303,92

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	303,92
TROIS CENT TROIS DIRHAMS QUATRE-VINGT-DOUZE CENTIMES		

Polyclinique Témara  
Av. Allal Ben Abdellah Rue 4  
Cité Andalous - TEMARA  
Tél.: 0537.74.07.74 / 78  
Fax : 0537.74.02.38