

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24384

22766

Société :

PLAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASMI / DAIMA

Date de naissance :

21/09/1954

Adresse :

66, Av. Mohamed Hassan 1<sup>er</sup> App. N° 4  
Casablanca

Tél. :

0661232849 Total des frais engagés : 359,82 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 : Paralysie avec une forte section importante

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.

25 FEV 2020

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
14.11.2020	CS		G	DR. MOUDHARIT Anesthésiste Réanimateur POLYCLINIQUE D'AMARZ Tél.: 05 37 74 72 72 Fax: 05 37 74 72 72

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
14/10/2020	11.8.32	Montant de la facture versé : 102617381

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

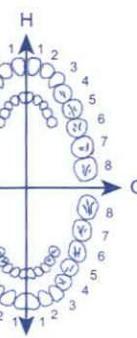
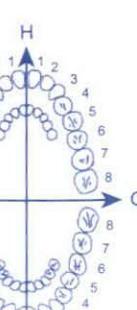
Cachet et Signature du Professionnel	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>polyclinique Allah Ben Abdellah Roudani Cité Aïn Ouss - 74.07.74.178 tél.: 0537.74.04.38 fax: 0537.74.04.38</i>	<i>14/07/2002</i>	<i>F</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>803,92</i>

#### 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 la

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			
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 00000000 & 00000000 \\  B & 35533411 & 11433553  \end{array}  $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. MOUHARIT Amina

Témara le : 14/11/2010.

Spécialiste en anesthésie réanimation  
Traitement de la douleur

## Ordonnance

N° Amina Naima

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

23,90

Poley bros

24,40 1 c. s x 3

Asquidenol  
1 ml/ ml de sucre au sucre

LOT 191224  
EXP 05/22  
PPV 24,40 DH

48,30

PCP

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

pharmacie la Ceinture verte  
Dr El Yousfi Zohra  
Av. Allal Ben Abdellah, Cité Andalous  
Témara - Tél. : 05 37 64 35 84

Polyclinique Témara

مصحة تمارة

شارع علال بن عبد الله زنقة طليطة حي الاندلس  
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
					<b>Total pharmacie 103,92</b>

**Polyclinique Témara**  
 Av. Allal Ben Abdellah 74  
 Cité Andalous 74 / 78  
 76110 TEMARA  
 Tel: 0537.24.02.38  
 Fax: 0537.74.02.38

# 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
PHARMACIE		1,00	103,92	103,92
Total clinique				303,92

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

*Polyclinique Temara*  
Av. Allal Ben Abdellah Rue isolée  
Cité Andalous - TEMARA  
Tél.: 0537.74.07.74 / 78  
Fax : 0537.74.02.38