

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractére 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013703

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510

23139

Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Naji Tarik  
Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies de Système - Maladies Infectieuses  
Pathologie vasculaire - Rhumatologie

Date de consultation : 17/02/2020

Nom et prénom du malade : NOUSSEYAT FATHINE ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Fever, conjonctive MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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) : .....

#### 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
17/02/2024		5	400,00	Dr. NAJAT AFIK Spécialiste en Médecine Interne Maladies Infectieuses Spécialiste en Médecine Interne
15/03/2024		5	400,00	Dr. NAJAT AFIK Spécialiste en Médecine Interne Maladies Infectieuses

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### BELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le :

17/02/2020

RF NOVOSIT FATTNE

79.00  
1/

APIXOL Sirup Adults

1 قف 3x6g

S.V

30.00  
2/

NOZOL FEN 400g Cp.

1 - 0 - 1

S.V

30.00  
3/

IMODIUM Gélules

2 Gélules en 1 seul pris

ensuite 1 gélule pris deux semaines

échéancier sans dépasser 2 gélules/j



Dr. NAJI Tarik

Spécialiste en Médecine Interne

Pathologie Infectieuse et des Maladies Infectieuses

Pathologie Générale et la Clinique de l'Infectie et de l'Immunité  
Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijlmasa, Hay El Hana, Casablanca, Maroc  
(+212) 5 22 39 69 60 (+212) 5 22 39 71 19 [contact@cliniqueyasmine.com](mailto:contact@cliniqueyasmine.com)



090004029

Membre du  
réseau de cliniques

Oncorad Groupe

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,00 DH

190740  
11/2022

LOT : 9MA054  
PER : 05 2022  
NO - DOL FEN 400MG  
CP PELL B30  
P.P.V : 300H00



6 118000 061878

30,00

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél.   
LOT : 19E004  
PER : 11 2024  
P.P.V : 300H60



6 118000 010845



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 19/02/2020

Facture N° 748/20

Etablie par SARA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0B17703

N° Identifiant : 17106494/17

**Nom & Prénom : MOUBSIT FATINE**

C.I.N. : BK618631

Date Début : 17/02/2020

Date Fin : 17/02/2020

Adresse : RES DU PALAIS IMM L NR 2 RUE EL YASSMINE HAT

RAHA

Traitement : Consultation

Médecin : NAJI TARIK

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

**SEJOUR**

Frais clinique	1	50,00			50,00
----------------	---	-------	--	--	-------

Total Rubrique : 50,00

PARTIE CLINIQUE :	50,00				
-------------------	-------	--	--	--	--

<b>TOTAL FACTURE</b>		<b>50,00</b>
----------------------	--	--------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinquante Dirhams

Cachet et signature

Dr. NAJI TARIK  
Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies de Système - Maladies Infectieuses  
Dermatologie - Allergologie - Rhumatologie