

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **phacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

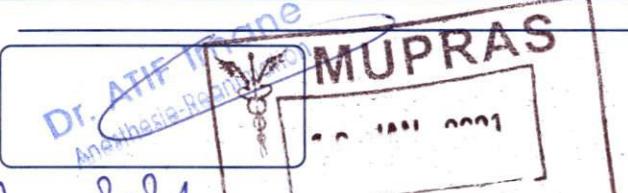
Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule :	0964	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENSOLTANA MILOUD	
Date de naissance :		1950	
Adresse :		HABIDEILLE	
Tél. :	06 61 83 28 03	Total des frais engagés :	2588,53 DH

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	05/01/2021
Nom et prénom du malade :	RABBI B MOUNAFAUEII
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	douleur abdominal
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 :

Le : 05/01/2021

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
05.10.2021	C		3000.00	Dr ATIF IMAD Anesthesie-Réanimation

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>CHIRURGIE</i> <i>URGENCE</i> <i>05 23 73 22 06075</i>	05/07/2021	pef+plan	02			288,53

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

## F A C T U R E

N° 63 / 2021 du 05/01/2021

Nom patient	<b>RARHIB MALIKA</b>	Entrée 05/01/2021	Sortie 05/01/2021
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
SCANNER ABDOMINAL	1,00		2 000,00	2 000,00
PERFUSION	1,00		200,00	200,00
CONSULTATION DE JOUR	1,00		300,00	300,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>2 500,00</b>
PHARMACIE	1,00	PH	88,53	88,53
			<b>Sous-Total</b>	<b>88,53</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 588,53</b>

	<b>Total général</b>	<b>2 588,53</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		

Encaissements	Spécificité	Montant	Total encaissé	Solde
	Spécificité	Montant	Total encaissé	Solde
	Spécificité	Montant	Total encaissé	Solde
	Spécificité	Montant	Total encaissé	Solde

LA VILLE VERTE (3)  
LONAR Villa Verde  
Casablanca  
0667 57 57 57

Casablanca, le 05/01/2021

Patient : **MME RARHIB Malika**

## SCANNER ABDOMINO-PELVIEN

### Technique :

Acquisition spiralée sans injection de produit de contraste (fonction rénale non connue).

### Résultats :

Foie homogène de taille normale et de contours réguliers.

Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

Rate et pancréas d'aspect normal.

Les deux reins sont de taille normale, de contours réguliers, sans dilatation des cavités excrétrices.

Absence d'adénopathie profonde.

Absence d'épanchement péritonéal.

Absence d'épaississement pariétal digestif décelable.

Vessie semi-pleine, à contenu homogène.

Absence d'anomalie utéro-annexielle.

### Au total :

**Scanner abdomino-pelvien ne révélant pas d'anomalie.**

Merci de votre confiance. **Dr.Tahiri**

CLINIQUE VILLE VERTE  
Service Radiologie  
Tél: 05 22 51 23 23