

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## entaire :

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

La 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5357 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FILALI RAFIK RACITI

Date de naissance :

28-12-1958

Adresse : Rue 93 N° 22 quartier Famille François CASA

Tél. : 0666733278

Total des frais engagés : 1283,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. EL OURZADI Abdellatif*  
Anesthésiste-Réanimateur

Date de consultation : 17/01/2021

Nom et prénom du malade : Filali Rafik Zineb

Age : 20

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Bronchite aigüe*

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 : CASA

Le : 17/01/2021

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
17.01.21	es		400 D.H.	<i>Dr EL KOURZAD Anesthésie Réanimat</i>
17.01.21	RTI		600 D.H.	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMA 153, Rue Sidi Baba Bd Day Ould Sidi Baba Tal. 0522 25 40 00</i>	17/1/2021	223,50

### 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	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

D.O.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS	

DATE DU DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX	

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 11 Oct 2021

ORDONNANCE

Nom :

Filali Ra'yik

Prénom :

Rim

79,70



**PHARMACIE WAT**

153, Rue Habacha  
 (Bd Day Ould Sidi Baba,  
 Derb Ghallef - Casablanca  
 Tél: 0522 25 10 87



1) Azix

Bo

g



48,50 1sp

Rel 31



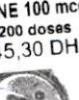
2) CeliPred 2

g



45,30 1sp

g



3) Ventolin

Spray



50,00 4 bouffées x 4/j

VENTOLINE 100 mcg  
 Aérosol 200 doses  
 PPV 45,30 DH



4) Antec 10



223,50 1sp (i)



Dr. EL BORIADI Abdellah  
 Anesthésiste-Réanimateur



PPV:50DH00  
PER:05/23  
LOT:J1298



29,20

PPV 790H70  
PER 11/23  
LOT J3107



## COMPTE RENDU A.M.I

Date : 17/01/2021

1) Identité :

Filali Rafik zineb

2) Diagnostic :

Bronchite aigue

3) Traitement :

+ Nospa forte 80mg

+ Spasfon 80mg

+ Augmentin Ig inj

+ Lunette d'oxygène

+ masque haute concentration

4) Evolution :

5) Sortie :

Lemain jours

Cachet et Signature



**Clinique Multidisciplinaire**



**Reçu de caisse**

مصحة حمداني  
 درب غلف  
 مصحة متعددة الإختصاصات

090062787

Médecin : DR. EL OURZADI ABDELLATIF

N° : 2101172220180990 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
210117212113KH-001	FILALI RAFIK ZINEB	17/01/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		1 000,00
PAYANT	Total payé	1 000,00
		MILLE DIRHAMS

Reçu établi par : KHADIJA

Clinique HAMDANI  
 Angle Rue Batinia et Rue 93  
 Quartier de la Famille  
 Casablanca  
 Maroc  
 Tél. : 05 22 92 28 28 (L.G) - Fax : 05 22 23 81 55 - E-mail : clinique.hamdani@yahoo.com - Patente N° : 347000310 - R.C. : 399197 - C.N.S.S : 5884756  
 I.F. : 25096523 - I.N.P.E : 090062787 - ICE : 002058971000035 - R.I.B (CDM) : 021-780-0000-314-030-03565-1-43

# CLINIQUE HAMDANI

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

## F A C T U R E

N° : **27 / 2021** du **17/01/2021**

Nom patient **FILALI RAFIK ZINEB** Entrée **17/01/2021**  
**PAYANT** Sortie **17/01/2021**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1.00		400.00	400.00
AMI	1.00		600.00	600.00
<i>Sous-Total</i>				<b>1 000.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 000.00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

MILLE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>1 000.00</b>

