

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

## Informations 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.

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.

## Optétaire :

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.

N° P19-0040734/2021

Optique 59078  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2451

Société :

DAM

Retraité

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AHRID Mustapha

Date de naissance : 1949

Adresse : Res. effage Imm. Rihane N° 4 Hay el gods  
Sidi Bernoussi

Tél : 06 60 87 09 31 Total des frais engagés : 31.790 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdennabi ZAHAR  
Chirurgien Orthopédiste  
& Traumatologue  
335, Bd Driss El Harti Sebara  
Casablanca  
Tél: 05 22 55 56 56

Date de consultation : 20/01/2021

Nom et prénom du malade : AHRID fatima Age : 70

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

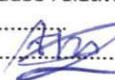
Nature de la maladie : Neuralgic dentobuccale, dents

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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 10/01/2021

## 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
01/01/2011	Chirurgie	1	150000	Dr Abdenbi ZAYAR Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue 336 Bd Driss El Harti Sebata Casablanca 0522 99 96 56

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/01/21	357.90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE



سيدي البرنوصي  
Sidi Bernoussi

le ..... 09/01/2021

AHRID

Fatima

169,80

1,

Spectrum 100

0 - 1

(x 10))

22,50

2, Cetol CP

60,00 0 - 1

3, Voltaren 2 mg/ml gel

200 1000 - 0 - 1000

4/ AGIDER parade

30,20 1000/1000

5/ Kandegic 300

357,90 1 sachet

Hay AL Qods El Bernoussi - Casablanca

Tel.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

Dr Abdennabi ZAHAR  
Chirurgie Orthopédiste  
& Radiologue  
360 Bd Driss El Harti Sebata  
Casablanca  
Tel: 05 22 55 56 56

LOT: 275  
PER: 03/23  
PPV: 25,000 PH

22.00

LOT: M0442  
EXP: 03/2023  
PPV: 60.00 DH

149,50

KARDEGIC 300MG  
SACHETS 830

B.B.V : 300DH79

1 410201 081196

PER. : LOT : KARDEGIC 300MC  
SACHETS B30

P P V : 30DH70

4412884 001186



N° IPP : 551933	N° SEJOUR : 210001980	FACTURE N° 2102000874				DATE D'ENTREE : 20/01/2021		DATE DE SORTIE : 20/01/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		AHRID,Fatima		
MALADE : AHRID,Fatima		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 99979 DR. ZAHAR ABDENBI	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		FLAFOND PC :					ACOMPTE :	
			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
			RESTE DU :	0.00	BERNOUSSI				
DATE FACTURE : 20/01/2021	EDITEE LE : 20/01/2021	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE	DATE AT :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI				
			N° compte bancaire :		01178000049210006006888				