

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES POUR OPTIMISER 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.

## Optique 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.

## Education :

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 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658

Société :

RAY

61052

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENEZAR EL MENEZARI

Date de naissance : 30/12/1952

Adresse : 129, LOTIS STANDAIS 3rd floor 0258

Tél. : 06 72 83 33 90

Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/02/2021

Nom et prénom du malade : MENEZAR EL MENEZARI Age : 68 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Post Card

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 23/02/2021

DR JAAFAR HACHEM  
DIPLOME N° 0016369800076

## 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
03/02/2021	DS		600,-	 Dr. Asafar HEKEL Spécialiste en Maladies mentales et neuves Diplômé Universitaire en Gérontologie ICE: 001636961000076

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

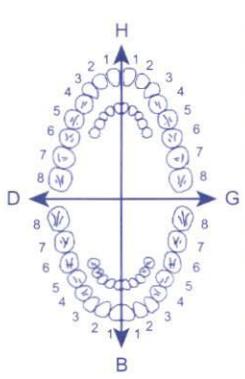
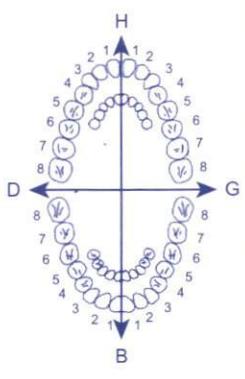
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## DE VISUE 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
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 03-02-2021

## Facture N° 00726/21

### A. Identification

N° Dossier : CLC21B03103556 N° Identifiant : 007542/21  
**Nom & Prénom : Mme MENIAR EL MENIARI**  
 C.I.N : AC4502450  
 Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-02-2021  
 Date Sortie : 03-02-2021

Médecin traitant : DR . HEIKEL JAAFAR

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
	HONORAIRES MEDICAUX					
1	DR. HEIKEL JAAFAR (INTERNISTE)		600,00			600,00
					Total Rubrique :	600,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					600,00
	Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		600,00

SIX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

*Pr. Jaâfar HEIKEL*  
 Spécialiste en Maladies Infectieuses  
 Diplôme Universitaire en Gérontologie  
 ICE: 001636962000076

# **CLINIQUE MEDICO- CHIRURGICALE LONGCHAMPS**

**NOM DU PATIENT : Mme MENIAR  
EL MENIARI**

**DATE DE NAISSANCE :**

30/06/1952

**CLC21B03103556**



**Reçu N°: 11917**

**Paiement du 03/02/2021 10h41**

**Actes**

**Montant**

**600,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**