

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## macie :

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 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)

Maladie

Dentaire

**MUPRAS  
RECEPTION**

Optique

0034486

Manque TVP  
De Liprane

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5104 Société : RAM 81318

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Rachid Mokhamed

Date de naissance : 1954

Adresse : 55 Rue Abdellah Ben Kettabi

Tél. : 06 54 58 76 02 Total des frais engagés : 322,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/07/2021

Nom et prénom du malade : Hélyan Bouchikh Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Tendonite

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 : DEROUA ACCUEIL Le : 01/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/07/2021	✓	4/1	300.00 DH	✓

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée Riad Dr. Siham TAHIR Dr. I-Z Mosquée Riad Hay Riad (A coté du Stade Sportif) Berrechid TAI/Fax: 05 22 33 68 22	31/07/21	22,20

## **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 d'explorations.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11133553

### **Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 3D protein structure with a central atom labeled 'H'. A vertical axis labeled 'D' points downwards, and a horizontal axis labeled 'G' points to the right. The protein structure is composed of a central core with various side chains (represented by circles) extending from it in different directions.

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

**CLINIQUE IBN ZOHR**

INPE, code à barres

0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 | 8 |

**ESTIMATION N°**

**Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie**

578 / C / 2021

**Assuré**

**Nom & Prénom**

**N° CIN**

**N° immatriculation**

**Bénéficiaire**

**Nom & Prénom** HADRI KENBOUCHIA

**N° CIN**

Assuré(e)

Conjoint

Enfant

**Médecin consultant :** DR ZAKARIA

**Médecin correspondant :**

**N° TEL**

**FRAIS CONSULTATION**

Désignation	Qté	PU	Montant
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00
<b>TOTAL</b>			<b>300,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>300,00</b>

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:**

**TOTAL GENERAL**

**TROIS CENTS**

**VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**



Clinique IBN ZOHR  
46, Lot El Amal - Berrechid

## ORDONNANCE

NOM: HADRI

le:

21/07/2021

prénom: KANBOUCHYA



22,20

1) Codoliprane 400/20 SP

01p n 03 2) erdachevry

مصحة ابن زهر  
Pharmacie Ibn Zohr  
Dr. Siham TA AÏCHA  
N°: 1-2 Mosquée Roud  
Roud (A 200m du Mosque Roud)  
Tél/Fax: 05 22 33 88 22

Directeur Medical  
Dr M. El Hejani  
CLINIQUE IBN ZOHR  
46 Lot El Amal Berrechid

Signé:

مصحة ابن زهر  
Clinique IBN ZOHR  
46, Lot El Amal - Berrechid