

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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, interventions 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.

## Rééducation :

- 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0061760

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société : MUPRAS

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bouaynissa Abdellah - 33

Date de naissance : 30/09/1944

Adresse : Rue Sidi Ben Cheikh - 27400 Tanger Rue F

Tél. : 0630394134 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... / ..... / .....

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/02/22        |                   | CS                    | G                               | DR. A. MPE CLINIQUE RUE 1800 BLOIS 41300                       |
| 07/02/22        |                   | G                     | G                               | DR. A. MPE CLINIQUE RUE 1800 BLOIS 41300                       |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <br><b>Farah Essalam</b><br><b>Pharmacie</b><br><b>Ch 42 N° 47</b><br><b>Casablanca - Maroc</b><br><b>89286 (EN) 507</b> | 05/02/2022 | 2132.004              |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



# مصحة المسيرة

## CLINIQUE AL MASSIRA

05.08.22

LATIFI KHADIJA

2 x 10 96.00

Albumin 2,

Amanys Pharma O  
Aïn El Aouda, Région de  
Rabat  
AMM N°: 192/20dmp/ NRQd  
PPV : 1096.00 DH  
ID: 648372  
Barcode:  
6 118001 330072

Amanys Pharma O  
Aïn El Aouda, Région de  
Rabat  
AMM N°: 192/20dmp/ NRQd  
PPV : 1096.00 DH  
ID: 648372  
Barcode:  
6 118001 330072

2192.00 Dr. Farah Escalante  
Anesthésiste / Réanimateur  
Dr. Ali Rashed Abdellatif  
N°: 09122051  
Casablanca

Dr. MAHIL MARDI  
CLINIQUE AL MASSIRA  
5, Rue MCKRI - Casablanca  
Tél: 0522 39 40 41  
Fax: 0522 39 14 15



Clinique Al Massira

LOT : S-06-3  
PER : 04-2024  
PPV : 239,00DH

LOT : S-06-3  
PER : 04-2024  
PPV : 239,00DH

LOT : S-06-3  
PER : 04-2024  
PPV : 239,00DH

المسيرة

## CLINIQUE AL MASSIRA

Re. CATIFI Khadija

07/02/22

LOT : S-06-3  
PER : 04-2024  
PPV : 239,00DH

1) Triaxon Ig a IV  
Lat 55

2) TAVANIC 500 mg  
1pf pc 1J

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b7  
P.P.V : 205,00 DH  
  
6 118001 080830

3) Arixtra tra Ig  
11/7 Lat 15

PPV : 703,00 DH

Arixtra® 2,5 mg/0,5 ml  
Injectable/Injectie/Injektionslösung  
fondaparinux Na/Fondaparinux Na SC/V/s.c./i.v.  
320337 Lot 0106 EXP 12/2023

PPV : 703,00 DH

4) Arixtra tra Ig  
11/7 Lat 15

CLINIQUE AL MASSIRA  
5, Rue MOKRI Casablanca  
Tel: 0522 39 40 41  
Fax: 0522 39 14 15

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd. d'Anfa) - Casablanca  
Tél. : 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Fax : 05 22 39 14 15