

# 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. BOUKHARI ABDEL HAK

Date de naissance : 29/07/1970

Adresse : même Adresse

Tél. : 06.93.65.53.75 Total des frais engagés : 219 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL MOUTTAQI OUM KALTUM  
Endocrinologie et Maladies  
Métaboliques  
INPE 091183731

Date de consultation : 9/3/22

Nom et prénom du malade : Mme WIDANI FATHA Age : 1970

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : CASABLANCA Le : 13/04/2022

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
07/07/2022	SEUL CONSULTATION	150	150,00	DR. EL MOUATTAQI OUM AL HOSNA Endocrinologie et Métaboliques INPE: 091183731

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/22	69,10

## 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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 8/31/22

H. wardani Fatiha

45,20

g Lucas Ruge 88g

23,90

0,00

AS

AS

69,10

45,20

23,90

PHARMACIE H.  
Dr. RHOUDA Ahdi  
Lissasfa Extens  
Casablanca - Tel:

Dr. EL MOUTTAQUI OUM KALYOUN  
Endocrinologie et Maladies  
Métaboliques  
INPE: 091183731

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	736800	N° SEJOUR :	220007593	<b>FACTURE N° 2202002296</b>				DATE D'ENTREE :	09/03/2022	DATE DE SORTIE :	09/03/2022			
ASSURE :								DESTINATAIRE :	WARDANI,Fatiha					
MALADE :	WARDANI,Fatiha				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 :					N° SE. SOC. ETRANG. :									
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :			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	
ACTES COTES EN C	CONSULTATION DE SPECIALISTE			Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	792015 DR EL MOUTTAQUI OUM KALTOUM ENDOCRINOLOGIE	TOTAUX :	150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	09/03/2022	EDITEE LE :	09/03/2022	PAR:	SIBAI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>				
VISA			N° DE POLICE :					DATE AT :		
	Règlement à effectuer à l'ordre de :					POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI				
	BANQUE :					B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
	N° compte bancaire :					011 780 00 00 43 210 00 60050 54				