

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## Radiologie 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.

## 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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4452 Société : ND 09054

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LM. MOUINI Fouad MA

Date de naissance : 07-06-1959

Adresse : Ben Slimane BP 180

Tél. : 06.61.43.22.65 Total des frais engagés : 562,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2022

Nom et prénom du malade : AMRANI Rachida Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Céphalée

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.

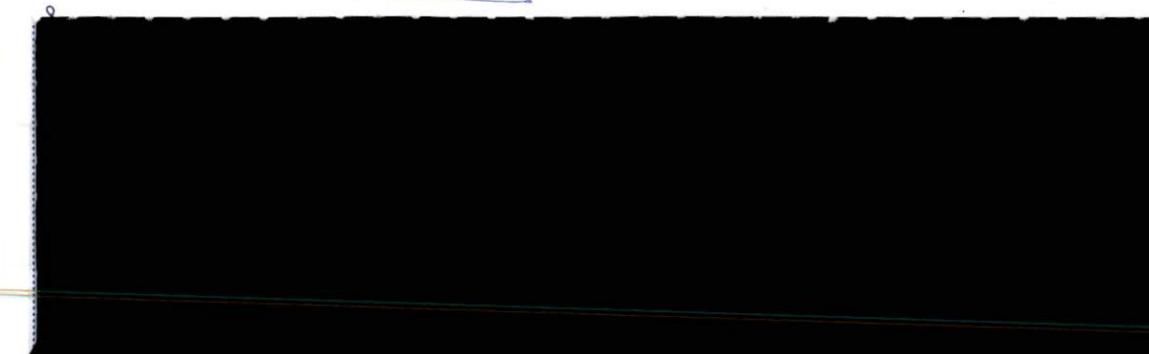
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 02/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

Dayaf



#### **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
021.06.22	4		300.000,00 + 160.000,00	Dr. KABBA El Anesthésiste - Réanimateur CLINIQUE INFA MOUSSA 023 3114800 Col. 11722

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PIERRE PHARMACIE DE MAGISTER</b> <b>LEOKSANDRA KOKOWSKI</b> Docteur en pharmacie Hay Lalla Meriem Bloch Hay Ben Slimane - Tel : 075-22-10-00	02-06-22	162,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 HONORAISES**

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 de l'ODE.

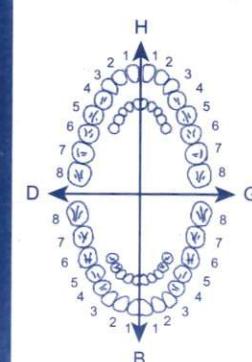
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة أنفا - المحمدية

## *Clinique Anfa - Mohammedia*

Mohammedia, le

02 08 22

Mr ou Mme. Ousseni Rachid

1. Relfax -  
- 1414.

99.0° Z. seals ha-

SV

LOT 210829  
EXP 01/2024  
PPV 99.00DH

48,40

3 organisms  
recap

sv

تم التسريح على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر بعد الفتح.  
لا يجب الحفاظ على المنتج في درجة حرارة الغرفة.  
Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de license au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N° 07R1/2020 DMP/21/NRQd  
PPV: 48 DH 40

BN ADA070  
DOM 08/2021  
EXP 08/2023

3) Miguel

3122755

4 July 2005  
19 x 39' [S]

P P V 1 4 D H 6 9  
P E R 0 2 / 2 5  
L O T L 6 6 1  
S 2

Dr. KAB  
Anesthésiste  
CLINIQUE ANFA MOHAMMED  
023 31 60 60 - GSM 061 11 88 88

162,0°

237, Bd. Sebta la Colline - Mohammedia - Tél : 05 23 31 60 60 / 50 - 05 23 30 06 86 / 87

Fax : 05 23 31 25 25 - Patente N° : 39551000 - I.F N° : 3101187 - C.N.S.S : 6627808 - ICE : 001715096000014



مصحة أنفا - المحمدية  
*Clinique Anfa - Mohammedia*

**FACTURE**

DATE DENTREE	N° FACTURE	NOM ET PRENOM	DATE DE SORTIE
02/06/2022	12485	AMRAOUI RACHIDA	02/06/2022
DR KABBA	V2		300,00 DHS
	PHARMACIE		100,00 DHS
TOTAL : QUATRE CENT DIRHAMS			400,00 DHS

Clinique Anfa - Mohammedia  
237 Bd. Sebta la Colline - Mohammedia - Maroc  
Tél. 05 23 31 60 60 / 50 - 05 23 30 06 86 / 87  
Fax 05 23 31 25 25