

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

12938

Société :

RAM  
ACY

Matricule :

Bendelloum

Autre :

KAMAL

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

06 35 19 34 36

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR N. ZAHEER  
FÉDIA  
Résidence El Walida  
199, Bd Bar Anzaraane  
Tél: 0522/25 55 24 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint  
Pen couple

Age:

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

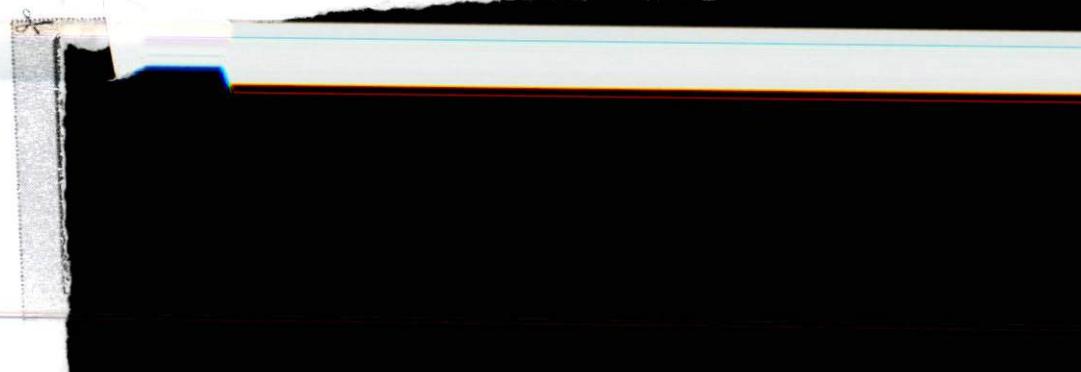
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

Le : / /

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
05/06/12	Assist c/s		68	INP : <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;"> </span> Dr. ZAHER 25/06/2012 Dr. Anzalone Sablanca
04/06/12	Re. En	24,00	H.G.E	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/05/2010	150,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 L'U.I. Radiologie Centre Médical Villeurbanne 100, TA-71 0532 26 04 27	07/10/98 16/02	1. C. 1. 344-97	189,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	11433553														
B	35533411															
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Organisme de PEC : CNSS  
NOM DU PATIENT : Mme TAZI SADEQ Nihal  
SEJOUR : Du 04/06/2022 au 08/06/2022

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE**

202200705  
Du : 01/01/1970

Montant ticket modérateur (dhs): 2 400,00

Arrêt la présente à la somme de **DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS**

Signature de l'adhérent

CLINIQUE L'HERMITAGE  
35, Bd Anoual-Casablanca  
Tél: 0522 86 55 66 Fax: 0522 86 55 77



الدار البيضاء، في Casablanca, le 07/06/2022

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري



CLINIQUE L'HERMITAGE  
AD:35, BD D'ANOUAL ANGLE RU  
E LA PEPINIERE  
20100 CASABLANCA

Réf : N° d'immatriculation 157425293

Nom et prénom de l'assuré : TAZI SADEQ NIHAL  
R4714

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 998428951, reçu le 07/06/2022, nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998428951  
والذي وافيتمنا به بتاريخ 07/06/2022 نطلعكم على  
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire  
L'établissement  
Le montant  
La validité de prise en charge

TAZI SADEQ NIHAL  
090003302  
5600,00Dhs  
du 05/06/2022 au 04/07/2022

المستفيد  
المؤسسة العلاجية  
المبلغ  
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer impérativement dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه  
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من  
مؤسسكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرخاع  
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي  
يحددها القانون

كما نشير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل  
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة  
صلاحيتها

وتفضلا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل  
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRO + ACTE DE NAISSANCE

S/R:

S/R:

S/R:



CONVENTION : CNSS  
 NOM DU PATIENT : Mme TAZI SADEQ Nihal  
 SEJOUR : Du 04/06/2022 au 08/06/2022  
 NOM ADHERENT : TAZI SADEQ Nihal

MATRICULE : 157425293  
 REF. PEC : 998428951  
 COTATION : 5 600,00



INPE 090003302

## FACTURE

202200705  
 Du : 01/01/1970

Code	Prestation	Qté	Lettre Clé	Prix U.	Montant
CES	CESARIENNE	1	Kc100	8 000,00	8 000,00
					Total Facture 8 000,00
					Part organisme 5 600,00
					Part adhérent 2 400,00

Arrêtée à la somme de HUIT MILLE DIRHAMS

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le décret n°1.14.195 du 1er octobre 2014 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

CLINIQUE L'HERMITAGE  
 35, Bd Anoual Casablanca  
 Tél: 0522 86 55 66 Fax: 0522 86 55 77