

# 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2802**

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... 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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) :



# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2801 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SALIKA Abdellkader

Date de naissance : 01.01.1947

Adresse : SALIMA II

Tél. : 066193350 Total des frais engagés : 886,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. NAAMANE ABDEHAK  
INP 061124749  
Clinique Les Oliviers-Settat  
GSM: 0661 08 31 77

Date de consultation : 22/01/2022

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : constipation

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                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22/07/22        | C2                |                       | 200 DA                          |   |
| 22/07/22        | lavageant         |                       | 5000 DA                         | DR 40479345<br>DR 42266765<br>INP 061124749<br>les Olliars-Settat<br>11/08/2022 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture   |
|---|------------|---|
|  | 22/07/2020 |  |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'G' on the right. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (left to right): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3. The 'H' axis is vertical, pointing upwards. The 'D' axis is horizontal, pointing to the left. The 'G' axis is diagonal, pointing towards the top-right.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le : .....

22/07/22

Abstinent Sadek

40,40

g

Métronidazole  
2g x 2

S.V.

24,20

2) Sibuprofen CP

S.V.

34,100

3) Omeprazole

DR. NAAMANE ABDEHAK  
INP 061124749 - Pharmacie EL ABBAL  
Chaque Les Oliviers-Settat 14, Bd Collabessir  
GSM: 0661 08 31 77

Chaque Les Oliviers-Settat 14, Bd Collabessir  
Tél : 0523 40 25 85  
S.V.

1m à cx 3 T

84,00

1/1 Zetrala /

S.1

1 tube le sur le

186,00

~~Pharmacie EL AMAL  
74, Bd. Boullabesir  
Tél : 06 23 40 36 98  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca~~

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

PPV  
34DH00

Lot : 087  
À utiliser de  
préférence avant le : 02/2027

PPC : 84,50 DH

## FACTURE

N° : 10874 / 2022 du 22/07/2022

Nom patient SADEK ABDELKADER  
PAYANTEntrée 22/07/2022  
Sortie 22/07/2022

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| CONSULTATION                | 1,00   |            | 200,00        | 200,00  |
| Sous-Total                  |        |            |               | 200,00  |
| Total Clinique              |        |            |               | 200,00  |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS

Total 200,00

CLINIQUE LES OLIVIERS. S.A  
103, Quartier Lagnanet - Settat  
Tel: 0523.40.20.40/21 Fax: 0523.40.20.25  
INPE : 06006194 I.F : 40479345  
R.C : 5519 - C.I.S : 4266765  
ICE : 001665330000052

# CLINIQUE LES OLIVIERS

N° 103 , QUARTIER LAGNANET  
TEL : 05.23.40.20.40/41/61 FAX : 05.23.40.20.60

## F A C T U R E

N° 10 875 / 2022 du 22/07/2022

| Nom patient     | SADEK ABDELKADER | Entrée     | Sortie     |
|-----------------|------------------|------------|------------|
| Prise en charge | PAYANT           | 22/07/2022 | 22/07/2022 |

|                             | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> |        |            |               |               |
| LAVEMENT EVACUATEUR         | 1,00   |            | 500,00        | 500,00        |
|                             |        |            | Sous-Total    | 500,00        |
| <b>Total Frais Clinique</b> |        |            |               | <b>500,00</b> |

|  |  |                      |               |
|--|--|----------------------|---------------|
|  |  | <b>Total général</b> | <b>500,00</b> |
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i><br>CINQ CENTS DIRHAMS |  |                      |               |

|               | Espèces |  | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------|--|----------------|-------|
| Encaissements |         |  |                |       |

CLINIQUE LES OLIVIERS. S.A  
103, Quartier Lagnanet - settat -  
Tél: 0523.40.20.40/41 - Fax: 0523.40.20.25  
CINPE: 060061942 - F: 40479345  
R.C: 5519 - CNSS: 4266765  
ICE: 00166520000052

**CLINIQUE LES OLIVIERS**  
N° 103 , QUARTIER LAGNANET  
TEL : 05.23.40.20.40/41/61 FAX : 05.23.40.20.60

SETTAT

### **BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : **SADEK ABDELKADER**

Chambre : **CH103P**

Médecin traitant **NAAMANE**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **22/07/2022**

Date sortie **22/07/2022 09:18**

Billet de sortie établi par : **SOUAD** 22/07/2022 09:18 22G220734

CLINIQUE LES OLIVIERS S.A.  
103, Quartier Lagnanet - Settat -  
Tél: 0523.40.20.40/41/61 Fax: 0523.40.20.60  
INPE : 06006194 IF : 4047345  
R.C : 5519 - C S : 4266635  
ICE : 00166 0000052