

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0060617

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10589 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouda Brahim

Date de naissance : 07.01/59

Adresse : 10 Rue Almalada Hay Elwahda Benachid

Tél : 0667376518 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/06/2022

Nom et prénom du malade : BAA DA Mohamed Age: 5

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Transmission de gène

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 : DEB 04/1 Le : 28/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

**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



# RELEVÉ 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
23/06/19	C		300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

23-06-19

R. G. E. O. U. (F. R. P.)

300 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

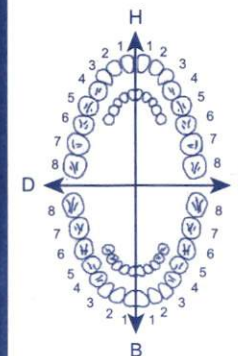
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

Coefficient des Travaux

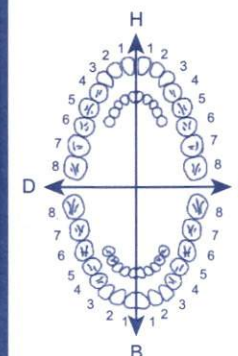
Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CLINIQUE IBN ZOHR**

INPE, code à barres

0 6 0 0 6 2 7 1 8

**Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie**

**FACTURE N°**

**1151 / C / 2022**

**Assuré**

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

**Bénéficiaire**

Nom & Prénom **BAADA MOHAMED**

N° CIN

☐

Assuré(e)

☐

Conjoint

☒

Enfant

**FRAIS CONSULTATION**

Désignation	Qté	PU	Montant
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00
<b>TOTAL</b>			<b>300,00</b>

**RADIOLOGIE-IMAGERIE**

Désignation	Qté	PU	Avec Injection	Montant
RADIOLOGIE - GENOU FACE ET PROFIL	1	300,00		300,00
<b>TOTAL</b>				<b>300,00</b>

**TOTAL GENERAL**

**600,00**

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:**

**TOTAL GENERAL**

**SIX CENTS**

**VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**





**PATIENT : BAADA MOHAMED**

**RADIOGRAPHIE DU GENOU DROIT F / P**

**RESULTAT :**

*Minéralisation osseuse normale.*

*Absence de trait de fracture osseuse post traumatique visible.*

*Absence de lésion osseuse à caractère péjoratif.*

*Interlignes articulaires fémoro-tibiale et fémoro-patellaire conservées.*

*Absence d'image d'épanchement ou de calcification articulaire.*

*Absence de lésion d'allure évolutive au niveau des parties molles.*

**AU TOTAL :**

*Radiographie du genou droit ne révélant pas de lésion osseuse post traumatique.*

*À confronter aux données cliniques.*

*Merci de votre confiance.*

**DR EL OUARDIGHI LAMIAE**



## ORDONNANCE

NOM:

FLAANA

prénom:

Nol

23.05/2022

Rx ganser

at FHL

Signature  
Dr. MOHAMED AMINE  
Spécialiste en Anesthésie Réanimation  
et Médecine Périnatale Clinique Ibn Zohr  
Tél: 05 22 32 58 83 INPE: 061758216