

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Autres

MUPRAS  
RECEPTION

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : .....

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 : .....

Lien de parenté : .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

MF

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
MM/2014	CS		139,-	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EL OUMOUNA ment el wafaa enoua 22.53.2054	AL-F-22	219840 241000 582054 CPT EL OUMOUNA ment el wafaa enoua 22.53.2054

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	G	00000000	H	11433553	B	35533411			MONTANTS DES SOINS
H	25533412	G	21433552																
D	00000000	B	00000000																
G	00000000	H	11433553																
B	35533411																		
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



**مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN**

وصفة  
ORDONNANCE

Fix : 09.22.53.20.54  
24 lotssement de weraa  
PHARMACEUTIQUE D'UMOURA

Casablanca, le 14 octobre.

N - Bach di L Khadij

437,00 x 2

1) Janet So Mooy

68.8° A → extg.

21 Anneli Uto

34 619.0  
3)

19.5 3) Formiga ~~longip~~

84, 50

4) Nesinogbaay

4) Nesvi-jogbooy PDT 3 nr  
A-YU PDTs Dr. Hayat AHMED

Dr. Hayat AHANDAR  
Endocrinologie et Maladies  
Metaboliques

INPE-09118  
noussi - Casablanca

T: 2284, 30

Bd Behsaid salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 73 15 32 - 05 22 73 16 20 - 05 22 73 42 45

Fax : 05.22.73.15.72



118001 081325

P.P.V : 68,80 DH

Route de Rabat R. P. 1.  
Alin sebaa Casablanca  
Sanofi-Aventis Maroc

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.

NIF

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

AG



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



N° IPP : 521697	N° SEJOUR : 220028071	<b>FACTURE N° 2202010952</b>				DATE D'ENTREE : 14/07/2022		DATE DE SORTIE : 14/07/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :		BAKDID,Khadija			
MALADE : BAKDID,Khadija		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 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
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	MONTANT	
<b>CONSULTATION DE MEDECIN</b> CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT		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 : 14/07/2022		EDITEE LE : 14/07/2022		PAR: GHAILA		ACCIDENT DE TRAVAIL:					
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI BANQUE : BMCE - BERNOUSSI N° compte bancaire : 01178000049210006006888					