

# 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 : 0.1164 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUBTASSINE Nohamia

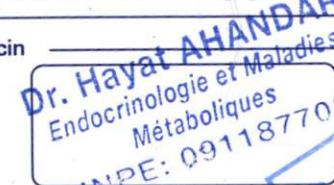
Date de naissance : 26/06/1951

Adresse : LOT. EL WAFA H NO 22 DFEROUA

Tél. : 0673146687 Total des frais engagés : 3783,8 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/12/2011

Nom et prénom du malade : Diabète + Diaphylose Age :

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 : DEROURA

Signature de l'adhérent(e) : SR

Le : 05/01/2012



#### **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
29/11/2022	CS 150 M			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/16	3633.80

INPE:062095070

#### **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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



le 20/11/2022

n - Book ddi Nadija

3 x U37.00

1) Tantoto

AS

3 x 78.70  
2) Diesel 60

AS

3 x 419.00  
3) Jardiance

AS

46.10

4) Zygic 100

AS

3 x 861.00  
5) Caster 2m

AS

3633.80

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca  
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45  
Fax : 05.22.73.15.72

Hayat MANDAR  
Endocrinologie et Maladies  
Métaboliques  
INPE: 091 137703

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 261,00 DH  
6 118001 183128

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 261,00 DH  
6 118001 183128

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 261,00 DH  
6 118001 183128

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

LOT 222268  
EXP 06 2026  
PPV 46.70 DH

Distribué par MSD MAROC  
AMM N° : 268/19/DMP/21  
P.P.V: 437,00 DH

Distribué par MSD MA  
AMM N° : 268/19/DMF  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NR  
P.P.V: 437,00 DH.

242600060-02

242600060-02



N° IPP : 521697	N° SEJOUR : 220055092	<b>FACTURE N° 2202021637</b>				DATE D'ENTREE : 29/12/2022	DATE DE SORTIE : 29/12/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : BAKDID,Khadija		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				BAKDID,Khadija				
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
CONSULTATION DE MEDECIN										
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 : 29/12/2022	EDITEE LE : 29/12/2022	PAR: BELKHZ	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					