

# 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 : 00543

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHALIFI

Nez

Date de naissance : 01.01.1943

Adresse : Jardins de California Bd de Fès

App C10  
CASABLANCA

Tél. : 0660545557

Total des frais engagés : 400,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01.01.2013

Nom et prénom du malade : EL KHALIFI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Micoua (boumoue)

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 :

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 Recouvrement des Actes
01/04/2023	5		300,00	 Sandani Benyounes, Médecin, Radiologie - Dialyse, 11 avenue de la Gare, 10310 Paris, le 10.03.2023

~~PHARMACIE CALIFORNIA  
ALL ALAM  
Docteur en Pharmacie  
435, Bd. Panoramique  
Montréal - Tél: 0522.52.19.36~~

## EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE CALIFORNIA ALL ALAIN Propriétaire en Pharmacien Bd. Panoramique 206 11. Tél. 0522.52.19.95	EXÉCUTION DES ORDONNANCES										
	<table border="1" data-bbox="358 397 969 397"> <tr> <th data-bbox="358 397 546 397">Date</th> <th data-bbox="546 397 969 397">Montant de la Facture</th> </tr> <tr> <td data-bbox="358 397 546 397">01/4/23</td> <td data-bbox="546 397 969 397">100,00</td> </tr> <tr> <td data-bbox="358 397 546 397"></td> <td data-bbox="546 397 969 397"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="358 397 546 397"></td> <td data-bbox="546 397 969 397"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="358 397 546 397"></td> <td data-bbox="546 397 969 397"></td> </tr> </table>	Date	Montant de la Facture	01/4/23	100,00						
Date	Montant de la Facture										
01/4/23	100,00										

**Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue**

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Capot et signature du Laboratoire et du radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



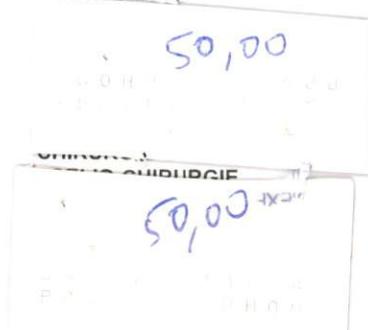
## ORDONNANCE

Casablanca, le :

01/04/2023

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE



CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع  
الإختصاصات الطبيةREANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

1/ N° 22 El Khaldi  
 Mohamed  
 2 x 50,00  
 1/ Tequin 2,5 mg 1cp/j  
 2/ Levothyrox 87,5 mg/j  
 3/ Fals Aehr 50/1000  
 100,00

RAMDANI BENYOUNES  
 CHirurgie - Dialyse  
 Transplantation Rénale  
 Rue de la Source 910 20 Casablanca  
 Docteur en Pharmacie  
 ALI ALAMI  
 PHARMACIE CALIFORNIE  
 435, Bd. Panoramique Polo  
 Casablanca Tel: 0522 52 19 99  
 Z. N° 14

14, Rue Taki Eddine Quartier des Hôpitaux - Casablanca - Tél.: 05 22 20 14 40 / 41-Fax : 05 22 20 13 99 - [www.cliniquelasource.ma](http://www.cliniquelasource.ma) - E-mail(Administration) : [contact@cliniquelasource.ma](mailto:contact@cliniquelasource.ma) - E-mail(Médical) : [info@cliniquelasource.ma](mailto:info@cliniquelasource.ma)  
 RDV de Consultation d'Urologie(1er Etage) - Tél.: 05 22 20 14 42 / 43

S.A.R.L - I.F.:14415714 - C.N.S.S. :9428120 - T.P. :36335867