

# 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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2553*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : *Veuf(e)*

Nom & Prénom : *H.A.D. Abdellah*

Date de naissance : *17/01/45*

Adresse : *88, All. Allal Ben Abdellah - Casablanca*

Prov/Region : *Casablanca*

Tél. : *06 68 37 63 20* Total des frais engagés : *600,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *15/07/11*

Nom et prénom du malade : *Benhachem ZL HARRAMI Ladjet* Age : *64*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Affection cardio vasculaire*

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 : *05/07/11*

Le : *05/07/11*

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
10/03/2023	T M		600,-	<i>Clinique Béchirie 391, Bd. Ghandi Abdelmalek Sellal, Tél: 065133399 Chirurgien Cardio - Vascular Médecin Center, Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anouar El Fassi - Bât N° 305 Tél: 0322885430</i>
01/03/23	C		G7	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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

DENTAL TREATMENT

DENT TREATED

NATURE OF CARE

COEFFICIENT

MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553 G

B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire  
Ancien Interné des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire  
Chirurgie Endovasculaire  
Phlébologie (VARICES)  
Traitement par laser & Radio fréquence



الدكتور هؤاد الوردي

جراح سابقاً بمستشفيات رين بفرنسا  
أخصائي في جراحة القلب والشرايين

جراحة القلب والشرايين  
فليبيولوجيا (الموالي)  
العلاج بالليزر والمواجات الصوتية

Casablanca le : .....

7/3/23

76 ans

Il a une maladie

PE

Coronopathie

unique Belle Ville  
391, Bd. Ghandi  
Casablanca  
BE

Abdelmoumen centre : Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anoual, 3ème étage - Bur 305 - Casablanca

Tél. : 0522 86 54 50 - Fax : 0522 86 31 11 - URGENCES : 0661 19 01 66

E-mail : elouardif@yahoo.fr - Site web : [www.varices-casablanca.ma](http://www.varices-casablanca.ma)

**CLINIQUE BELLE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme BENHACHEM ELHARROUNI LADRAT  
DATE DE NAISSANCE : 17/09/1945

Sejour : Du 10/03/2023 au 10/03/2023



Reçu N°: 10125

Paiement du 10/03/2023 09h13

Actes

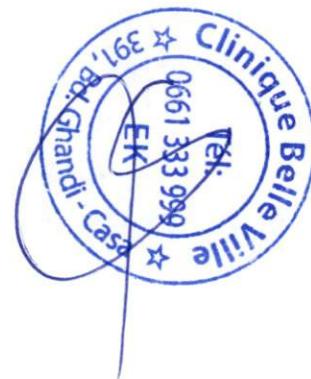
Montant

Type de paiement

600,00 Dh

Espèce

Imprimé par : ELDAHBI KHADIJA Le 10/03/2023 09h13



CIH **BANK**

DH # 5100,00 #

PAYEZ CONTRE CE CHEQUE

Somme en toutes lettres

المبلغ مكتوبا بالحروف

# Cinq mille quatre cent dinars #

A L'ORDRE DE # Clinique Belle Ville #

PAYABLE A

بؤدي في

CASA CALAIS  
27, RUE EL HOUDHOUD (EX RUE DE CALAIS)  
CASABLANCA  
05 22 48 12 71

COMPTE رقم الحساب

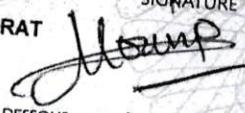
Case 9055609 2110 044 00  
MME BENHACHEM EL HARROUNI LADRAT

في LE

10/03/2023

SIGNATURE

التوفيق



LA SIGNATURE NE DOIT PAS ATTEINDRE LA ZONE CI-DESSOUS

يجب الابعد عن التوقيع إلى الميز الموجود أسفله

Chèque Série N° TCB 3172231

00031722314230780/9055609213000000150



CASABLANCA, Le 27/03/2023



Etablissement : CLINIQUE BELLE VILLE  
391 BD GHANDI  
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

Code Etab. : 090064130

: Accord de Prise en charge

: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

circulation : 44076025

aciaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Code de la Prise en charge : 79688270 Du 10/03/2023

Référence Décompte : 20230327CN1053010

Ma Dame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous prions de trouvez ci-après notre accord de  
en charge pour les actes suivants :

Acte	Soins	Tarif Réf.	Coeff	Qté	TxRO %	Part CNOPS	Part assuré
	10/03/2023	6000,00	1	1	90	5400,00	600,00
					Total	5400,00	600,00

JO INCLUE AU DOSSIER DE FACTURATION : COMPTE RENDU+CD DE LA CORONOGRAPHIE

ez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

de mettre en référence le numéro de prise en charge sus-cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOPS  
0, Rue Al Khalil, B.P.209 - 10000, Rabat - Tél centre d'Appels : 05 38 00 20 20 - Fax : 05 38 70 67 71