

# 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.

M23-U021677

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1413 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SHAHMARTE MOHAMMADI

Date de naissance : 28/12/1951

Adresse : lot 8 YAHIR Rue 5 N°5 JASIS CASABLANCA

Tél. : 06 61 41 9162 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Nabil OMARI**  
Traumatologie-Orthopédie

Date de consultation : 16/09/23

Nom et prénom du malade : SHAHMARTE MOHAMMADI Age : 72

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : plaie bras gauche

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 : CASABLANCA Le : 11/09/23

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
16/09/23	Traumatisme main	1/1 Facture N° 5027	CLINIQUE M. BOUTEILLER 123-1323 - 06 67 1234567890	DR Nabi OMAR Traumatologie-Orthopédie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. M. A. Z. G. C. S. P. H. A. L. I. L. I. V. E.</i>	16/9/23	175,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet 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 :**

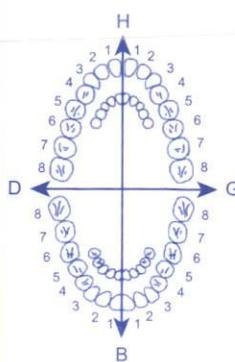
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
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, 16/09/16

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie  
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation  
Néonatale

● Hémodialyse

PPV: 153DH10

DURHAM DABE  
Doham adi  
113,10  
- Psc - clav  
1/2 31 gr  
22,20  
- h - del jre 6  
PPV: 22DH20  
11A520  
Mary Orthopédie  
PHARMACEUTIC GREEN TOWN  
Casa Green Town  
CLINIQUE VILLE VERTE  
Villa Verte Casablanca  
Tel: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma  
ICE : 001816946000014

ORDONNANCE

Casablanca le, 16/09/12

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie  
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation  
Néonatale

● Hémodialyse

Mr LHAMMADIE  
Mohamed

Artre des maladie

- Latit, vento

Dr - plai de la  
Pain gach na

u char au illé  
CAT -

Dr. Nabil  
Traumatolog  
+ ARBATH CLINIQUE VILLE VERTE

# CLINIQUE VILLE VERTE

ELS AN  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

## F A C T U R E

N° 5 077 / 2023 du 16/09/2023

Nom patient	<b>GHAMMARTE MOHAMMADI</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>	16/09/2023	16/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
K20	1,00		1 700,00	1 700,00
<b>Total</b>			Sous-Total	1 700,00
				<b>1 700,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>MILLE SEPT CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total général 1 700,00</b>
---	-------------------------------

Encaissements	Chèque		Total encaissé	Solde
	1 700,00		1 700,00	0,00

Ref Chq : CHQ\_BMC\_N\_19960828/3

Bouskoura - Casablanca  
Casa Green Town Ville Verte  
CLINIQUE VILLE VERTE  
Tél: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57