

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0014489

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]  
Matricule : 5575

Actif

Pensionné[e]

Nom & Prénom : ABDELLATIFI L'HAFI

Date de naissance : 14-09-59

Adresse : VL PN - CACA -

Tél. : 0660 134223

Total des frais engagés : 150 + 341 80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr EL MOUSSAOUI Khalil*  
Medecin Généraliste

Date de consultation : 02/10/23

Nom et prénom du malade : Chafi Yasmine Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Suspicion de pyélonéphrite aigüe

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 : Constaté le 11/10/2023 Le : 11/10/2023

Signature de l'adhérent[e] : ABDELLATIFI L'HAFI

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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
21/10/13	Cs		15.0	Dr EL MOUSSAOUI Medecin Généraliste
22/10/13	P.C		341.20	Dr EL MOUSSAOUI Medecin Généraliste

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553	
D	G	
B		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état du malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Consultation pour

Churgers

3) Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'Entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

T T Medical

4) Durée prévisible du traitement :

A,

T le 02/10/20

Signature :

Dr EL MOUSSAOUI  
Khalil  
Medecin Généraliste

**CLINIQUE RIF**

MEDICO -CHIRURGICALE  
242, Avenue des FAR TETOUAN  
039 99.91.42/43/44 Fax :039 99 9145

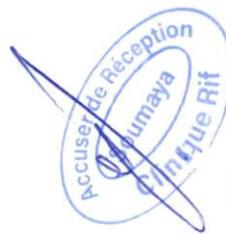
**F A C T U R E**N° **16.805 / 2023 du 02/10/2023**

Nom patient	<b>CHAIFI YASMINE</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	02/10/2023	02/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
PART CLINIQUE	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
PHARMACIE	1,00		191,20	191,20
			Sous-Total	191,20
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>341,20</b>

	<b>Total général</b>	<b>341,20</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
TROIS CENT QUARANTE ET UN DIRHAMS VINGT CENTIMES		

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	<b>341,20</b>			<b>341,20</b>	<b>0,00</b>



**ANNEXE PHARMACIE**

<b>Nom patient</b>	<b>CHAIFI YASMINE</b>	<b>N° Facture :</b>	<b>16.805</b>	<b>23J022322</b>
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
CLOPRAM 10 MG 2 ml INJ (10)	1	6,00	6,00	
MIDAZOLAM MERCK INJ (10)	1	23,00	23,00	
PANTAPRAZOLE INJ (01)	1	43,70	43,70	
SERUM SALE 500ML 9% SOLUT. (01)	1	21,00	21,00	
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>93,70</b>	
HYPAFIX 10*15CM (020)	1	7,50	7,50	
INTRANUL G22 100	2	22,00	44,00	
LUNETTE OXIGENE (001)	1	30,00	30,00	
PERFUSEUR A/F (001)	1	12,00	12,00	
SERINGUES 5 CC (001)	2	2,00	4,00	
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>97,50</b>	
<i>(*) Conditionnement hospitalier</i>		<b>Total pharmacie</b>	<b>191,20</b>	

