

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-817239

189134

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	93041	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : EL HADY NEMIE YOUSSEF BENABDALLAH			
Date de naissance : 01/01/1942			
Adresse : Hassatelle			
Tél. :	0661192929	Total des frais engagés :	14159,90 Dhs

Autorisation CNUP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<b>DR CHAFAQI HASSAN</b> CHIRURGIEN VISCERALISTE ONCOLOGUE CLINIQUE DOUKKALA 146, AV. HASSAN II, EL JADIDA TEL : 0561 41 58 31 - INP : 111165262			
Cachet du médecin :	Date de consultation :	Mériem el Hady	
		Age: _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Lemblyy		
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 : DR  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur:	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA VICTOIRE Dr. Ibtissam AMOURY El. La Victoire - El Mouilha Tél.: 05 23 39 01 96</i>	<i>12.12.23</i>	<i>PHARMACIE LA VICTOIRE Dr. Ibtissam AMOURY El. La Victoire - El Mouilha Tél.: 05 23 39 01 96</i>
<b>INPE: 112038765</b>		

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DEBUT D'EXECUTION																																	
FIN D'EXECUTION																																	
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th></th> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B																						
	H	G																															
	25533412 00000000	21433552 00000000																															
	D	G																															
	00000000 35533411	00000000 11433553																															
	B																																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																																
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DATE DU DEVIS																																	
DATE DE L'EXECUTION																																	

Clinique  
multidisciplinaire



مصحة  
متعددة التخصصات

طب - جراحة - ولادة - عناية مركزية  
Médecine - Chirurgie - Accouchement - Soins Intensifs

El Jadida, le : ..... في الجديدة :

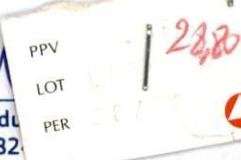
٢٠١٢ / ٣ / ٢٣

El Hady Service

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697



شارع الحسن الثاني - الجديدة

146, Avenue Hassan II - El Jadida

☎ 0661 41 58 31 / 05 23 34 31 72 - 05 23 35 07 10

✉ Fax : 05 23 34 02 31

✉ cliniquedoukkala75@gmail.com

🌐 www.cliniquedoukkala.com

Autorisation du

ICE : 00160632

IF : 63909290

CNSS : 1772822

TP : 42106791

INPE : 110002813

LOT 230923  
EXP 02/2025  
PPV 144.50DH

144,50

4) Négoi 00

188,00 x 2 = 0 à DS

5) Russel

D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT



PHARMACIE LA VICTOIRE  
Dr. Aboussam Al MOURY  
1 Lot, La Victoire - El Mouilha  
Tél: 05 23 39 01 96

PHARMACIE LA VICTOIRE  
Dr. Aboussam AL MOURY  
1 Lot, La Victoire - El Mouilha  
Tel: 05 23 39 01 96

DR. CHAFAQI HASSAN  
CHIRURGIEN  
VISCEALISTE OTORHOLOGUE  
CLINIQUE DOUKKALA  
146, AV. HASSAN II, EL JADIDA  
TEL: 0661 41 58 31 - INP: 111165262



طب - جراحة - ولادة - عناية مركزة

Médecine - Chirurgie - Accouchement - Soins Intensifs

## Note d'honoraires

Nom / Prénom : Hennem el Hady

0000198

Date : 19 (19.1.2013)

Nature des prestations médicales	Montant (en DH T.T.C)
• Consultation médicale:	300,00
• Radiologie:	
◦ ECG :	
◦ Rx. thorax :	
◦ ECHOGRAPHIE :	
◦ A.S.P :	
◦ Rx posseuse (s) :	
Total global	F. trois cents DH 5 F

Signature :

CLINIQUE DOUKKALA  
146 AV HASSAN II JADIDA  
TELE: 0661 41 31 31 CNSS: 1772822  
INPE: 110002813 IF: 063900020

146. شارع الحسن الثاني - الجديدة  
146, Avenue Hassan II - El Jadida

0661 41 58 31 / 05 23 34 31 72 - 05 23 35 07 10

Fax : 05 23 34 02 31

cliniquedoukkala75@gmail.com

www.cliniquedoukkala.com

Autorisation du 21/04/1978

ICE: 001606324000086

IP: 63909290

CNSS: 1772822

TP: 42106791

INPE: 110002813