

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

Pré4FR05/V2/2010-2023  
Matricle : 6054 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : A. H. M. B. E. L. Y. A. S. S. I. N. I. °

Date de naissance :

Adresse : A. R. B. E. N. I. L. A. N. E. R. U. E. 25 N. 67 C. A. S. O.

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. OUNSY AHLAM  
CARDIOLOGUE VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI  
T. P. E : 02 M 80 46 7

Date de consultation : 23/02/24

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Po cœur/tert. HIA suspecte AVC

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
23/09/2014	CS	1	250.00	DR. OUNSY AHMED CARDIOLOGUE VACATAIRE POLYCLINIQUE CHSS ZIRAOUI
24/09/2014				

### 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
		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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
BD ZIRAOUI, ANG RUE GENERAL HENRYS RUE ABOU AI ABBAS,  
CASABLANCA 20250.

05 22 20 38 56, 05 22 22 05 90, 05 22 29 88 54 .05 22 22 29 91.  
INPE : 090001553, ICE : 001757364000080 , IF: 1602058

### FACTURE N° :F240209492/P

N° classement : PAYANT - 8250



090001553

DATE FACTURE : 23-02-2024

#### Identification patient

N° IPP : 2400011340  
Nom et prénom : elyassine ahmed

N° d'admission : S240204403

#### Information

Date d'entrée : 23/02/2024 10:50  
Organisme 1 : PAYANT (Payant)  
Service d'entrée : CARDIOLOGIE

Date de sortie : 23/02/2024 10:52  
N° immatriculation 2 :  
Medcin Traitant : Dr. OUNSY AHLAM  
Service de sortie : CARDIOLOGIE

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES COTES EN C : CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	M0200040	CsC	1	250,00	0,00	250,00
TOTAL						250,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
CsC	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	250,00 Dhs	-

Montant dû :	250,00
Avances :	0,00
Montant Réglé :	250,00
Reste du :	0,00
Avoir :	0,00

TOTAL FACTURE : 250,00 Dhs

Arrêtée la présente facture de la part patient à la somme de :	deux cent cinquante Dirhams	250,00 Dhs
---	-----------------------------	------------

EDITEE LE : 23 févr. 2024 à 10:52

PAR : ZAHI HALIMA

