

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-468236

N°: 13061

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7807

Société : RAM

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre :

Nom & Prénom : BENCHERIFA RACHID

Date de naissance : 08 JUILLET 1968

Adresse : CASA GREEN TOWN VILLE VERTES  
Bouskoura CASA

Tél. : 06 61 32 83 77 Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 Sep , 2019

Nom et prénom du malade : BENCHERIFA MARIAM

Age : 16 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : INTOXICATION ALIMENTAIRE

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 : 10/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° W19-468236

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7807

Nom de l'adhérent(e) : BENCHERIFA RACHID

Total des frais engagés : 58790 Dhs

Date de dépôt :

**ACCUEIL**

**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
29/03/19	S		400DH	090868696
				INP : 00000000000000000000000000000000
				Centre Commercial Bouakoura Golf City RDC N°9 - Bouakoura - Casablanca Tél: 0567142000 Fax: 0567142000

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STE PHARMACIE GOURMET</i> Centre Commercial Bouakoura Golf City RDC N°9 - Bouakoura - Casablanca Tél: 0567142000 Fax: 0567142000	29/03/19	178,90 DHS

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**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	INP : <input type="text"/>
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

**O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES**

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	G 11433553 B

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

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
	<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le, 29/09/2014

Alia Benchirfa Adyam

Urgences 24h/24

Médecine

Chirurgie

Réanimation

Radiologie

Cardiologie  
Interventionnelle

Maternité

Réanimation  
Néonatale

Hémodialyse

① Spofon c/s 27,50 24x31/11/14 10/10/14

② Polixane 500g 24x31/11/14 10/10/14

③ Vofokine 50g 24x31/11/14 10/10/14

④ Cedex 20g pd 99,00 24x31/11/14 10/10/14

⑤ Pintetrix Total : 178,90 DHS

14x4 10/10/14

6 Gmectis gelat 10/10/14

52,40

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca  
Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57

ORDONNANCE

Casablanca le, 28.03.19

- Urgences 24h/24
- Médecine
- Chirurgie
- Réanimation
- Radiologie
- Cardiologie Interventionnelle
- Maternité
- Réanimation Néonatale
- Hémodialyse

Bencherif Farid  
Douleur abd.  
(Intoxication alimentaire)

C, ordem am



**CLINIQUE VILLE VERTE**

EL SAN  
 TEL : 0522 51 23 23  
 TEL : 0667 57 57 57

**F A C T U R E**

N° **6 337** / 2019 du **29/09/2019**

Nom patient	<b>BENCHERIFA MARIAM</b>	Entrée <b>29/09/2019</b>	Sortie <b>29/09/2019</b>
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
DR HARTI	1,00	u nuit	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>400,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>400,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>QUATRE CENTS DIRHAMS</b>		

	Chèque		Total encaissé	Solde
Encaissements	400,00		400,00	0,00

Ref Chq : ATTIJARI N 547555/

CLINIQUE VILLE VERTE  
 Casablanca - Villa Vert Bouskoura 20180 - Casablanca  
 Tel: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57