

# 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.

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



## Déclaration de Maladie

W21-843677

*Handwritten signature*

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13072      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : ECASIB Nabala      *201044*

Date de naissance : 08/02/1989

Adresse : allée des cocodas, imm 471 app 10  
Bousteure

Tél. : 06 62585693      Total des frais engagés : .....Dhs

PR4FR06/V2/20-10-2023

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

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

Lien de parenté :       Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie :  ALD       ALC      Pathologie .....

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : Casa      Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

**RELEVÉ 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
27/02/24	(voir facture)		628,176	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/24	118,50
	26/02/24	291,00

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

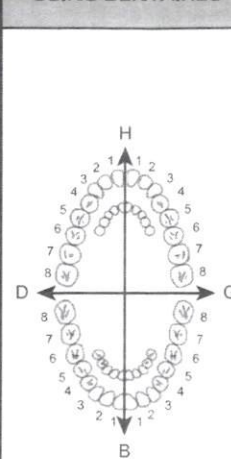
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

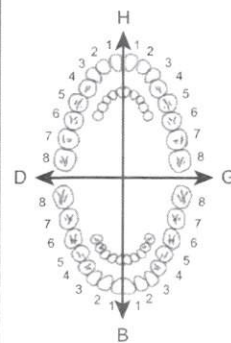
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**SOINS DENTAIRES**



Traitées

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	11433553
00000000	00000000	35533411	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

Casablanca, le : 27-02-20

## NOTE D'HONORAIRES

La clinique Yasmine

Prie M

EL AJIB MOHITA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage sa note d'honoraires pour

S'élevant à la somme de

6271,76

Dhs.

Clinique Yasmine  
Bd. Sidi Abderrahmane  
Tél. : 05 22 39 69 60  
Fax : 05 22 39 69 60  
**Dr. BOUCHRA KARAOUI**  
Gynécologue - Obstétricienne  
26, Bd. Othar El Khayat - Mouséjour - Casa  
Tél. : 0520 55 36 36 - 0520 55 11 11



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

**BILLET DE SORTIE**

N° Admission : X4B271804

Nom et Prénom : EL AJIB NABILA

Médecin traitant : KARAOUI BOUCHRA

Prise en charge :

Date Entrée : 27/02/2024

Date Sortie : 27/02/2024

Visa	Médecin	Administration	Surveillante



Casablanca Le: 27/02/2024

Facture N° 2326/24

Etablie par SARA Page 1/1

Identification

N° Dossier : X4B271804

N° Identifiant : 24021407/24

**Nom & Prénom : EL AJIB NABILA**

C.I.N. : PO801957

Date Début : 27/02/2024

Date Fin : 27/02/2024

Adresse : LISSASFA LOT LES OLIVIERS NR 3 CASA

Traitement : Perinee

Médecin : KARAOUI BOUCHRA

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>ACTES CHIRURGICAUX</b>					
Perinee	1	6 271,76			6 271,76
					<b>Total Rubrique :</b> 6 271,76
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>6 271,76</b>
					<b>TOTAL FACTURE 6 271,76</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Six mille deux cent soixante et onze Dirhams et soixante seize Cts

Cachet et signature

CLINIQUE YASMINE  
Bd. Sidi Abderrahmane  
Tel: 05 22 39 69 60 - Fax: 05 22 39 71 19  
non