

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-448942

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RIDAOUI RAELIDA			
Date de naissance : 09-01-1973			
Adresse : Hakkell			
Tél. : 0666274783	Total des frais engagés : 130 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/05/2019			
Nom et prénom du malade : RIDAOUI RAELIDA Age : 46			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affect			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>Signifie</i>			
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 :

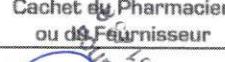


### Adresses Mails utiles

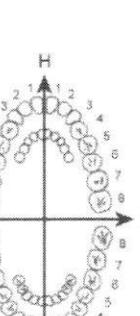
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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
01/01/2023	Consultation	1	50	INP : 1234567890 Signature : Dr. Béatrice Dupont

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/9/19	160,- 00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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> 	<b>Dents Traitées</b> (empty table rows)	<b>Nature des Soins</b> (empty table rows)	<b>Coefficient</b> (empty table rows)	<b>INP :</b> <input type="text"/>																		
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
				<b>DEBUT D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>																		
				<b>FIN D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>																		
				<b>ODF PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H																	
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
					D	G																
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
<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'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																						

## و صفة

## ORDONNANCE

Casablanca, le 01/09/2015

سیدی البرنوصی  
Sidi Bernoussi

**THAMMATHIMARADA**  
AND CIE AGENCE  
67, AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE  
CASE 31 0522 31 43 66  
Dakar, Sénégal

*Thierry*  
Meteospasmyl 8040  
METEOSPASMYL® B 20 c:  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHAR

261 - 45

2) Ballerup &

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

01:19052 PER 05/2022  
PPU: 21,00 DH

9 MARIHADA  
RAYMOND GOUR  
Andre GOUR  
André GOUR - Casablanca  
Av des FARM 0522 31 43 69  
51, AV 0522 31 10 40  
TÉL 0522 31 10 40

March 17, 1975

Libra 8

Ms 15

TRAN RÖNNE

LOT: 190254 PER: 01-22  
PPV: 19,30DH

LOT 191192  
PER: 06-22  
PPI: 16,000DH

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45



10

N° IPP : 512956 N° SEJOUR : 190031627

FACTURE N° 1902015615

DATE D'ENTREE : 05/09/2019

DATE DE SORTIE : 05/09/2019

ASSURE :

MALADE : RIDAOUI, Rachida

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

RIDAOUI, Rachida

NATURE DE PRESTATION

LETTRE

CLE

NOMBRE

x COEF

PRIX

UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

TIERS PAYANT 2

MONTANT

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

CONSULTATION DE MEDECIN

CONSULTATION DE SPECIALISTE

Cs

1.00

150.00

150.00

0.00

150.00

Intervenant : 99992 DR. BERADA IHSANE (GASTRO - ENTROLOGIE)

TOTALS :

150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 150.00

DATE FACTURE : 05/09/2019

EDITEE LE : 05/09/2019 PAR: ALAMI

ACCIDENT DE TRAVAIL

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de

BANQUE :

N° compte bancaire :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BMCE - BERNOUSSI

01178000049210006006888

