

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

MUPRAS  Autres  
RECEPTION 9

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2A 36 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Mme EL HOUSET MAULIC

Date de naissance :

Adresse : Pole URBAIN ZONE ECONOMIQUE NR EB 145

Mouasseur

Tél. : 06 06 06 5158 Total des frais engagés : 398.30 Dhs  
+ 6000

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/08/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Companion  Enfant

Nature de la maladie :

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 16/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : M. B. B.



## 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
14-09-19	14-09-19	14-09-19	60.00,00	Dr. MOSTAFA TACHFINE SERVICE DES URGENCES POLYGLAUCHE ONSS - IMARA Tél: 05 22 79 93 00 - Fax: 05 22 21 32 95 Email: tachfine_clinic@mail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DEROUA ALMA 0523 22838	14/09/19	208.30

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14-09-19	14-09-19	1000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	Coefficient DES TRAVAUX	
DETERRMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	MONTANTS DES SOINS	
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	DATE DU DEVIS	
	D	G	DATE DE L'EXECUTION	
	B			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE			

Casablanca, le 14/09/19



Dr MÉHDI BENAINI

133,00

1) Arcoxia 50 mg

22,20 Neptif. S.V.

2) Costalipide S.V.

53,10 Neptif.

3) Relaxol 500 mg S.V.

Neptif le soir au  
loucher. Pdt  
POB rhombus

Arcoxia 50 mg  
7 comprimés  
P.P.V: 133,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AHM 452/16 DMP/21/NTO  
700424921  
120916-1  
6 118001 160044



RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 50DH10 55,10  
LOT: 8M1111  
PER: 11/2021  
6 118000 060833

DR. A. BELMOUBARIK  
Traumato-Orthopédie

Angle boulevard Nador et Atlantide , quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95

E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com



W.M.

Yield Premium.

Call et al. This is a change part to model in 19600.

গুৰু

• 2008



## CLINIQUE AVICENNE

### BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 1908213

NOM DU PATIENT M. BENAINI Mehdi

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 2019-09-14 18:51:17

DATE DE SORTIE 2019-09-16 13:44:17

AVICENNE  
CLINIQUE  
DES SPÉCIALITÉS  
Angle boulevard Nador et Atlantide, quartier POLO - Casablanca  
Tel : 05 22 79 33 00 - Fax : 05 22 79 33 05 - E-mail : avicenne.clinic@gmail.com

- Confidence before your audience  
to the public

- Ask for your  
opinion, question, ability

- Be direct and concrete  
your message with examples

- Be clear and concise  
about what you want to say

- End with a strong call to action

CONFIDENCE = confidence in yourself

MEET BEFORE YOU

CONFIDENT  
CONFIDENT

**PATIENT :** M. BENAINI Mehdi  
**SEJOUR :** Du 14/09/2019 au 14/09/2019

**FACTURE :** 201900840  
**DU :** 14/09/2019

**CLINIQUE**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
FORFAITS	1	6 000,00	6 000,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>6 000,00</b>

**AUTRES PRESTATIONS**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			<b>0,00</b>

Arretée la presente facture à la somme de **SIX MILLE DIRHAMS**

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

	<b>PATIENT</b>
<b>TOTAL TTC</b>	6 000,00

**AVICENNE**

**CLINIQUE**  
 DES SPÉCIALITÉS

AVICENNE CLINIQUE  
 20, Avenue Atlantide, Casablanca  
 Tél : 0522 79 33 00 - Fax : 0522 21 32 95  
 E-mail : avicenne.clinic@gmail.com



N° IPP :	818245	N° SEJOUR :	190040602	<b>FACTURE N° 1903013951</b>				DATE D'ENTREE :	14/09/2019	DATE DE SORTIE :	14/09/2019		
ASSURE :								DESTINATAIRE :	BENAINI,Mehdi				
MALADE :	UF: 5003 RADIOLOGIE												
NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S. :												
TIERS PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :												
TIERS PAYANT 2 :													
REF. PC 1:	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :											
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE				
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT			
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>				170.00						0.00	170.00		
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE				Z	17.00	10.00	170.00						
Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO DE RADIOLOGUES (RADIOLOGIE)				TOTaux :		170.00					170.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:			
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR:			
				RESTE DU:		170.00							
DATE FACTURE : 14/09/2019		EDITEE LE : 14/09/2019		PAR: MACHHO		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA		N° DE POLICE :						DATE AT :					
Règlement à effectuer à l'ordre de :						POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA							
BANQUE :						BMCE - INARA							
N° compte bancaire :						011.780.0000 54 210 00 60 016 91							



وصفة  
ORDONNANCE

le 14/09/19

C Ben Aïn, Zohra

Dr. Mostafa Tachfine

Dr. MOSTAFA TACHFINE  
SERVICE DES URGENCES  
POLYCLINIQUE CNSS - INARA



الجهة المغربية  
CNS  
090001520

N° IPP :	818245	N° SEJOUR :	190040603	<b>FACTURE N° 1905012476</b>				DATE D'ENTREE :	14/09/2019	DATE DE SORTIE :	14/09/2019		
ASSURE :								DESTINATAIRE :					
MALADE : BENAINI,Mehdi				UF: 5002 URGENCES				BENAINI,Mehdi					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :									
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :									
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
				CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.		CN	1.00	120.00	120.00						0.00	120.00	

Intervenant :	46167 DR TACHFINE MOSTAFA	TOTAUX :	120.00								120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE :			
CENT VINGT DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :			
				RESTE DU:	120.00							
DATE FACTURE :		14/09/2019	EDITEE LE :	14/09/2019	PAR:	MACHHO	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA								N° DE POLICE :		DATE AT :		
								Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA		
								BANQUE :		BMCE - INARA		
								N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91		