

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 067516

ND: 30269

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8665

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Taw Fik Ht éham

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0673735897

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-067516

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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.

N° W19-457820

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8069	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAHAR FIKI Hicham			
Date de naissance : 10/03/1972			
Adresse : 1073 AL OTAKA 30073029 Rue 1 A.N CASA Casablanca			
Tél. : 06 73 73 58 97 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/05/20			
Nom et prénom du malade : TAHAR BEN ABDERRAHMANE Age : 18 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Syndrôme de WEISS			
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 : 1/1/20

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
27/05/2009				INP : 

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

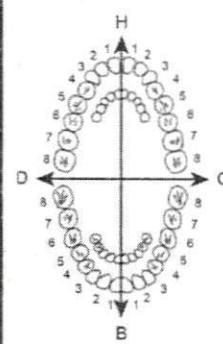
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

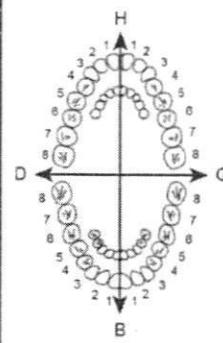
Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
 Mme Jihane CHEDDADI 38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél. 0522 27 03 55 - Fax : 0522 20 38 53 medipropatient@gmail.com	29-05-2009	coffret siège avec récept. Riel tablette. siège ténacité tenuet	14000.00 DTT

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESSES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D 00000000	G 00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX


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

Dr. BEN ITTO AFAAF

Pédiatrie générale

Epilepsie. Vidéo EFG

Maladies métaboliques et génétiques

Maladies neuromusculaires

Problèmes des apprentissages scolaires

Retard Mental

Autisme et Hyperactivité



CCPNP  
CENTRE CASABLANCA DE PÉDIATRIE ET DE NEURO-PÉDIATRIE

د. عفاف بن يطو

طب الأطفال

مرضصرع - المتقطع التهريبي للدماغ

أمراض الاستقلاب الوراثية

أمراض الجهاز العصبي والعصبي

مشكل التعلم الدراسي

التأخر الذهني

التوحد - فرط النشاط العدلي

## ORDONNANCE

DATE: 26/05/2020

AGE: ... ANS 14 MOIS, ... JOURS

NOM: ... Tawfiq Abderrahmane

POIDS: ... KG 16 GRAMMES

→ I MOC

→ corset basique:

- apprête
- repose ventre et pieds
- table enroulée
- simple fluorélique

14000,00  
DH

MedicPro  
Mme Jihane CHEDDADI  
38, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél. : 0522 27 03 55 - Fax : 0522 20 38 53  
medicpropatient@gmail.com



Résidence Ibn Rochd 41 Face De La Porte Principale Du CHU Ibn Rochd, 4<sup>ème</sup> Etage, N° 12, Quartier Des Hôpitaux - Casablanca  
Tel.: 0522 278 392, E-Mail: zafitbenito@gmail.com

للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: [www.ccnp.ma](http://www.ccnp.ma)

# Facture

## INFORMATION CLIENT :

Tawfik Abderrahmane

Facture N° A 202/2020

A Casablanca, le 29/06/2020

Désignation	Quantité	Prix unitaire ht en DH	Montant ht en DH
<b>Corset siège avec :</b>	1	14 000,00	14 000,00
*appui tête			-
*repose pieds			
*tablette			
*Sangle thoracique			
		<b>PRO</b>	
Montant total HT		14 000,00	
Montant total TVA 20%		0(*) DH	
Montant total TTC		14 000,00	

Vente hors TVA –décret-supprimant l'autorisation préalable JO N°6048 DU 17/Mai 2012page 2059

Arrêtée la présente facture à la somme de Vingt Cinq Mille Dirhams HT

Direction  
**MedicPro**  
 Mme Jihane CHEDDADI  
 38, Rue des Hôpitaux  
 Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
 Tél. : 0522 27 03 55 - Fax : 0522 20 38 53  
 medicpropatient@gmail.com

