

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-452678

ND: 350 65

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4456

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

MOUHAL

MOKHTAR

Date de naissance : 13.12.61

Adresse : Mouhaline

Tél. : 0661 692 300

Total des frais engagés : 218,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. FILALI ZINEB  
Médecin Généraliste  
Service des Urgences  
FONction publique

Date de consultation : 20.07.2010

Nom et prénom du malade : Mokhtar Nouhal Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

52 grippal

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20.07.2010  
ACCUEIL  
MUPRAS

## **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
26/07/2010	CA		60 x 00	INP : 0900011116 DR. FILALY Médecin Généraliste Service des Urgences Hôpital de la Timone

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.07.20	131,35 - 011

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0;">H</td> <td style="padding: 0;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0;">25533412</td> <td style="padding: 0;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0;">00000000</td> <td style="padding: 0;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0;">00000000</td> <td style="padding: 0;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0;">35533411</td> <td style="padding: 0;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0;">B</td> <td style="padding: 0;">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة

## ORDONNANCE

le 20/07/2006

Ne Khtar Noural

- Azix 500g.

fg. 100 mg/15 ml 35

Nuxol Strip

38.800 - 1 mrx 3/15 ml ST

- Doligrippe sachet -

20.000 - H 1 sachet x 3/1

= 138,50 - H

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca  
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45  
Fax : 05.22.73.15.72

PPV:20DH00  
PER:01/23  
LOT:J067

PPV:79DH70  
PER : 06-23  
LOT : J948

3880

PPV (DH) :  
LOT N°:  
UT.AV.:

مُوكسل®  
أمير موكسل

مکمل  
لیف



N° IPP :	519056	N° SEJOUR :	200022379	<b>FACTURE N° 2005005873</b>				DATE D'ENTREE :	20/07/2020	DATE DE SORTIE :	20/07/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	MOUBAL,Mokhtar		UF: 5002 URGENCES				MOUBAL,Mokhtar				
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>CONSULTATION DE MEDECIN</b>	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	

Intervenant : 10626 DR. FILALI ZINEB				TOTAUX :	80.00					80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE:	80.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 20/07/2020 EDITEE LE : 20/07/2020 PAR: FAZAZI				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
				BANQUE :			BMCE - BERNOUSSI			
				N° compte bancaire :			01178000049210006006888			