

**IMPORTANTES A LIRE POUR  
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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

**Déclaration de Maladie**

N° W19-506971

ND: 36004



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RASSID SAID

Date de naissance :

16/08/1965

Adresse :

529 Lot Hay Fathia Ouffeda

Tél. : 0661 566 363

Total des frais engagés :

440,10

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

CLINIQUE LE PARADIS  
Dr MOHAMED MOKHTARI Anesthésiste  
Réanimateur-Anesthésiste  
Rue Lalla Aïcha de l'Aude et rue Chentouf  
Tél. : (0522) 28 64 64  
INP : 091173484

Date de consultation :

06/04/90  
ABOUSAID TMANE

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Intoxicatio

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 piconfidentiel 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) :

YAHIA

#### **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
26/04/2020	CS		3000,-	INP : 091173484 CLINIQUE Dr Jean-Pierre Centre de la famille Dr Jean-Pierre tél: (0522) 28 64 84 IP: 091173484

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/4/2025	140.10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES PRIX

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant

**Important :**

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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000  B 35533411	21433552 00000000  11433553	 	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**CLINIQUE LE PARC**

Hermitage



مصحّة الحديقة  
لأرميطة

# Bon de Reçu N° 0000212

Nom et Prénom du Malade : ABOU SAID Imane

Médecin Traitant : Dr. MOKHTAR

N° Dossier : \_\_\_\_\_ Date 06 - 04 - 2020

Acte Réalisé : Consultation

Montant :

300,- DHS

**CLINIQUE LE PARC** Hermitage

~~مصحّة الحديقة لأرميطة~~

Signature du Médecin

Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseau

Tél : (0522) 28 64 64

Rosa 1 Angle Allée de L'Aude et rue Chant d'oiseaux (à côté de MacDonald's - Hermitage)

Tél. : 05 22 28 64 64 - Fax : 05 22 28 65 65 - Urgences : 0666 10 89 32

Email : c-d-h@hotmail.fr - Site Web : www.cdh.ma



# مصحة الحديقة لارميطاج

## CLINIQUE LE PARC Hermitage

Casablanca, le 06/04/2020  
الدار البيضاء في

Chirurgie ORL  
Chirurgie maxillo-faciale  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique  
Chirurgie viscérale  
Anesthésie - Réanimation  
Chirurgie Ophthalmologique  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
Chirurgie Dentaire  
Stomatologie Implantologie  
Radiologie - Echographie - Scanner

Rosa 1 Angle Allée de L'Aude et rue Chant d'oiseaux (à côté de MacDonald's - Hermitage)  
Tél : 05 22 28 64 64  
Fax : 05 22 28 65 65  
Urgences : 0666 10 89 32  
Email : c-d-h@hotmail.fr  
Site Web : www.cdh.ma

SCP au capital de 200.000 DH  
I.F : 40262570  
CNSS : 8640311  
Patente : 34750072

ABOUSAID IMANE

1) Clepsure 10g  
N°8  
N°p 20 ans 20 gouttes + 3/j  
*PHARMACIE BILA  
LEMRINI ZBADI Fatima Zahra  
Hay El Farah 81 n°180 - Casab  
Tél : 05.22.80.64.37*

2) Erac 40g

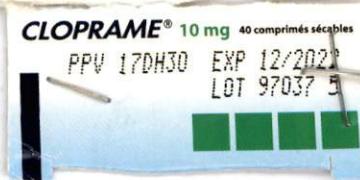


1/2 g 1/j (15j)



CLINIQUE LE PARC Hermitage  
DR MOKHTARI Mohamed Amine  
Réanimateur Anesthésiste  
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseau  
Tél : (0522) 28 64 64  
INP : 091173484

LOT : 20002  
PER : 01/22  
PPV : 122DH80



Flagyl 500g

1 cu x 3 fl

Encefamyl

1 cu x 3 fl