

# 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.

## Diologie 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 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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique **5065°**  Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2572 Société : RAM

Actif  Pensionné(e) Autre : Ratiaute

Nom & Prénom : Fou HAMDI BOUABID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0657722141 Total des frais engagés : 426 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/20

Nom et prénom du malade :

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) :



#### **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
21/11/2020	c	Co	300 g en	Signature et cachet du Médecin
				Signature et cachet du Médecin
				Signature et cachet du Médecin
				Signature et cachet du Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ANISSA</b> 312 Hdi Doubir Casablanca Tél: 05 22 12 11 22 00	12/11/2020	126.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

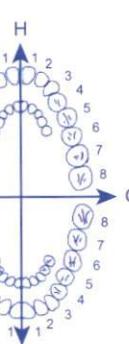
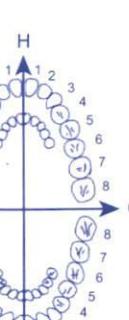
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

PPV 39 DH 80  
PER 06-21  
LOT H1551

UTAOUAKIL

Importé par:  
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC  
169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>,  
20070 Casablanca.

Fabriqué par:  
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED  
Inde

PPV: 126 DH 00

Hôpital Pitié -

Hôpital Legrain, Bordeaux  
Clinique

Epilepsie contre l'Epilepsie (LMCE)  
Institution nationale de Casablanca (UIC)

جراحت الموم

التخطيط الكهربائي للدماغ والأعصاب  
و العضلات

الكاتب العام للجمعية المغربية لمرض الصرع  
أستاذة بالجامعة الدولية بالدار البيضاء



12/11/2020

بعد

Dr. Lahcen  
Najah

D. Arouad  
MD

Ⓐ

126.00

S.V

220

Cilacemra long

الدكتورة فاطمة متوك  
اختصاصية في أمراض الجهاز العصبي  
M. MOUTAOUKIL Fettouma  
MD, DOQEE-EEGEE

RH / Iwes

II

Tél : 06 61 47 66 97

E-mail : neuromoutaouakil@gmail.com



# مصحة الاختصاصات التشفيع Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

## F A C T U R E

N° 202 006 956 / 2020 du 13/11/2020

Nom patient	MOUKHRIF NAJAT	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANTS	13/11/2020	13/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRÉSTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00	C1	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total général</b>	<b>300,00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

CLINIQUE ACHIFAA  
Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier  
Tel: 05 22 85 92 20 - Fax: 05 22 86 22 23  
Sec. Administrative

**CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA**

**CASABLANCA**

# **Reçu de caisse**

*Médecin : DR. MOUTAWAKIL*

N° : 2011131045333810 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
20A14748	MOUKHRIF NAJAT	13/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
PAYANT	Total payé	300,00