

# 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.

## Pathologie 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 caractére personnel.



Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02647**

Nº P19-  
**ND - 52997**

055293

Optique

Autres

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**RHAMEF - EUGASTA FA**

Date de naissance :

**03/11/1957**

Adresse :

**30, Bd. GIBRALTAR  
RIVE GAUCHE  
06780 CASABLANCA**

Tél. :

**06780 8580**

Total des frais engagés : **245,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**01/11/2002**

Nom et prénom du malade :

**RHAMEF - EUGASTA FA**

Age : **55**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**grippe**

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 : **01/11/2002**

Le : **01/11/2002**

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
01/11/2020	CNT	120,00		DR M. A. C. Médecin

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie JEBLI DT. SALAM EXTENSION 208, N° 100 JADIDA Tél: 05 37 72 06	01/11/2020	128,30

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHSIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

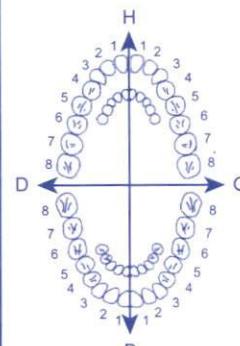
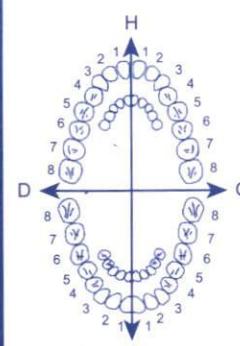
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	D 00000000 00000000	G		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

## ORDONNANCE

le 01/11/28

Rhaejei Nokala

১৩.৪০

21-FLC-SYR  
21-FLC-SYR  
21-FLC-SYR

38, 10

2) - illness le  
last lelet a

40,40

3) Neto



01/23

01 / 20

3666

**molles**  
10 mg

**METEOSPASMYL® B** 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 200 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA

Distribué par COOPER PHARMA  
41 rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118991 199293



N° IPP : 328898	N° SEJOUR : 200022037	<b>FACTURE N° 2005009396</b>				DATE D'ENTREE : 01/11/2020		DATE DE SORTIE : 01/11/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		RHAREF, EI Mostafa		
MALADE : RHAREF, EI Mostafa		UF: 5002 URGENCES								
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> CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 10000147 ATTIOUI MARIA	TOTAUX :	120.00							120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE:
	REMISE :	0.00	REGLE :	120.00					AVOIR :
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 01/11/2020	EDITEE LE : 01/11/2020	PAR: HAMER	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA					
			BANQUE :	BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA					
			N° compte bancaire :	011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA					

