

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

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.

## ntaire :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 054911

ND : 53581

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : 5852

Société :

Actif

Pensionné

Autre :

Nom & Prénom : *ACCUEIL*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.08.29.42.52 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 18 Immi Nafissa Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *ARTHROSCOPIE*

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
23/11/2022	S.		150	DR MATHODOLOGIE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. RACHIDI YOUNES LOT D'ALIA CENTRE MOUSKOUR CASA, TEL: 05 22 32 06 30	23.11.20	239,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

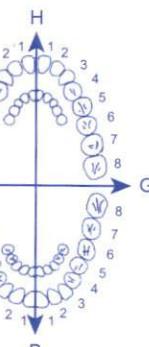
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 CABINET D'INFORMATION MARAKH Autorisation N° 2640 Tél: 06 62 12 68 78	29/10/2020			514		50 DH

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r rr}  H & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  B & &  \end{array}  $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

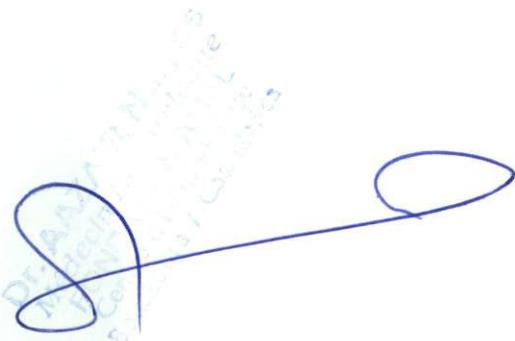
## Ordonnance

Casablanca, le 25/09/2020

Mme HIMMI Naouissa

Co IRNEL  $\begin{cases} 180 \\ 145 \end{cases}$  kg

149 k mstic





VA

VA

وصفة  
ORDONNANCE

le 23.11.2020

17- 18 immi Nfissa

- 1/ Pias. bdi 30   
188,00 1g/1 ل 3 جم خ
- 2/ Vitaneval Fort  
189,30 ل 3 جم خ
- 3/ Coltrax injet M   
51,00 1inj ل 3 جم خ
- 4/ Cedol 189,30 ل 3 جم خ
- 5/ Rhu. TOL 120  
Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca  
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.12.45  
Fax : 05.22.73.15.72 
- 239,00



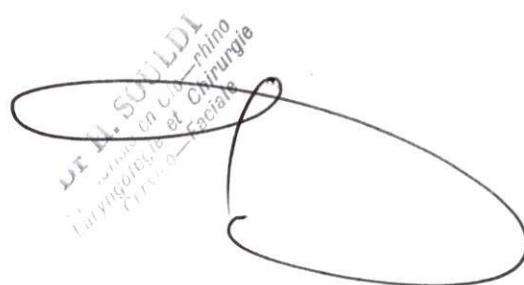
وصفة  
ORDONNANCE

Le 17-12-88

Mr. Rami Noufissa

- Prendre ondine ④
- sefrane ondine
- NB: Diabetique

Go Go Ophthalme





درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة  
ORDONNANCE

Le ..... ١٧-١٢-٢٠٢٣

Dr: Hmim Nafissa

- Née en 1964

- Sechereur ~~cutané~~ et  
buccal  
- Diabète

Dr G. Teddie Bihene

Dr H. S. Teddie Bihene  
Spécialiste en Chirurgie  
Laryngologie et Chirurgie  
Cervico-Faciale



N° IPP : 547431 N° SEJOUR : 200038478

## FACTURE N° 2002016744

DATE D'ENTREE : 23/11/2020 DATE DE SORTIE : 23/11/2020

ASSURE :

MALADE : HIMMI,Nofissa

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

DESTINATAIRE :

HIMMI,Nofissa

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
CONSULTATION DE MEDECIN	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE										

Intervenant : 100057 DR. MOUKHABIR KARIMA	TOTAUX :	150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR :	
	RESTE DU:	150.00								
DATE FACTURE : 23/11/2020	EDITEE LE : 23/11/2020	PAR: ALAMI	ACCIDENT DE TRAVAIL:							
VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :	
			Réglément à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI						
			BANQUE :	BMCE - BERNOUSSI						
			N° compte bancaire :	01178000049210006006888						

