

# 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

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12604 Société : 54915			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : Benmami Khila			
Date de naissance : 01/11/80			
Adresse : 22 36			
Tél. : 22 36 Total des frais engagés :			
<b>Cadre réservé au Médecin</b> Cachet du médecin : <i>UPK</i> Date de consultation : 22/01/2011 Nom et prénom du malade : Dr. KAY Bouchalb Anesthésiste Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : <i>maladie</i> 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'at <sup>e</sup> médecin conseil de la Mutuelle. <i>Dr. KAY Bouchalb Anesthésiste INPE : 091083097</i>			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *zark* Le : *22/01/2011*

Signature de l'adhérent(e) : *zark*

## **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
02/11/2016	visite (FF) facture en-patient		25000000	INP : 111111111111111111 QUE SCAF L... Ghendi... 04 17 07 2016 HCO Chirurgie Achab Ap... Zumodeur 9108309

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie 16, Rue des Arènes 092 056 753	07/12/92	236.- 00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

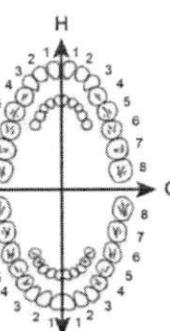
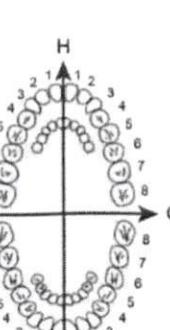
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES 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 d

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 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

des donn

**LET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Casablanca, le

07/12/18

Dr. Bouchaib KAH  
Anesthésiste - Réanimateur

222,00

g Rita Bennani

1) Augmet

M. 00

Y DOK pro



Y SY 31



122;

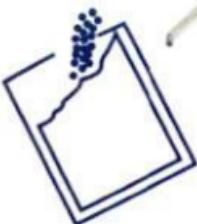
g 36.012 (P X 31;

Dr. Bouchaib KAH  
Anesthésiste - Réanimateur



buvable en sachet  
poudre pour suspension

1g /125 mg



# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 222,00 DH  
LOT: 644309  
PER: 12/21



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

Doliprane  
PARACÉTAMOL 1000 mg

1000 mg



# PARACÉTAMOL

bottle 100  
82, Allée des Cévennes - BP 5618 - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

4

PPV: 14DH00,  
PER: 10/23  
LOT: J2913



# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 07-12-2020

## Facture N° 05877/20

### A. Identification

N° Dossier : CLC20L07185939

N° Identifiant : 006541/20

**Nom & Prénom : Mme BENNANI RHITA**

C.I.N : E766499

Adresse : MAARIF CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-12-2020

Date Sortie : 07-12-2020

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	POINTS DE SUTURE		2 500,00			2 500,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						<b>TOTAL GENERAL</b>
						<b>2 500,00</b>

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE MEDICO  
CHIRURGICALE LONGCHAMPS  
4, Boulevard J. Ghandi - Casablanca  
Tél : 05 22 24 07 07 - 05 22 94 89 39