

# 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2325 Société : ROYAL AIR MAROC  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITÉ  
 Nom & Prénom : LAMRI M<sup>es</sup> ESSAÏD Date de naissance : 1953 135085  
 Adresse : H. Privée 11e 0664281500 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : dy

Nom et prénom du malade : Dr N. MACHOUAI Spécialiste en Médecine Interne Age: 52

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : anémie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : anémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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 : Centre Allal Ben Abdellah le 28 OCT 2012

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



### 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
04/10/2022				<i>[Handwritten signatures and a blue circular stamp from "Dr. P. M. A. 2111" are present here]</i>
18/10/2022				<i>[Handwritten signatures and a blue circular stamp from "Dr. P. M. A. 2111" are present here]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL JAOUI</b> Bouchra El Hanafi Rue 22 Casablanca Tél.: 0522 39 91 24	18.10.2022	564,00

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<b>RADIOLOGIE HAY MASSANI</b> ANFA 10, Imm Communautaire d'Azemmour 19d, Bd Abderrahmane - Casablanca Tél: 05 22 99 10 10 / 05 22 90 33	05.10.22	223	230,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	MONTANTS DES SOINS		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
	G				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

*Dr. N. Faris*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

05/10/2022

PATIENT : Mme.CHAFI SOUAD  
EXAMEN(s) REALISE(s) : RX 2 GENOUX FACE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

### Rx DES GENOUX FACE

- ❖ Transparency osseuse homogène.
- ❖ Pincement tibio fémoral interne bilatéral.
- ❖ Ostéophytose bispinale et tibiale bilatérale.
- ❖ Absence de calcification à projection articulaire.

### AU TOTAL

Gonarthrose bilatérale.

*RADIOLOGIE HAY HASSANI  
Confraternellement  
DR N FARIS  
10, Imm Communal route d'Azemmour  
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07  
Date: 05 22 90 10 10 / 05 22 90*

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE

NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE



Casablanca le : 06/05/2018

Ordonnance

Nom -Prénom : Cherif noualhi.  
Numéro AMPF :

Re Stez għej id-

F

RADIOLOGIE HAY HASSANI  
ANFA  
10, Imm Communal Route d'Azemmour  
t-Bd. Skrl Abderrahmane - Casablanca  
Tel : 05 22 80 10 10 / 05 22 56 10 10





مركز الفحص بالأشعة  
"حي الحسني - آنفا"

05/10/2022  
Casablanca, le

Facture N° 3145/10/2022

Nom patient : CHAFI SOUAD

Examen(s) réalisé(s) : RX 2 GENOUX FACE

Date Examen(s) : 05/10/2022

Montant : 230 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
**DEUX CENT TREnte DIRHAMS**

RADIOLOGIE HAY HASSANI  
ANFA

10, Imm. Communal Route d'Azemmour  
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - IF : 2221555 - ICE : 001686337000022



PHARMACIE EL JAOUI

Bouchra  
Rue 22 Novembre Hay El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

Casablanca le : 18/10/2022

Ordonnance

Nom -Prénom : Chaf. moul.  
Numéro AMPF :

Ac Ac

1) Lias destiné 300  
188.00x3  
Urg  
564.00 fl. → 300.

2) ARS → 300 fl.  
app 200



066408 1500.

