

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0039551

139082

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9785 Société : Ram. Retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SILLARE Mohamed

Date de naissance :

Adresse : Lot ELKOUR RUE 11 N°10 OULFA. Caso

Tél. 0661915342 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NADIA KASNOUAK  
MEDECIN URGENTISIE  
CHP MASSANI

Date de consultation : 05/10/2022

Nom et prénom du malade : N. SILLARE Age: 21cm

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : tumeur au du chiel

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'Exécution des Actes
31/10/22		2	40,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DAWDIA</b> <b>Safaa KHALAD</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>8, N°1 Rue 13 El Wifak I</b> <b>Oulfa - Casa - Tél.: 022.90.14.24</b> <b>092110634</b>	05-10-22	248,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>REGIE DE RECETTES</b> <b>CHP HAY KASSANI</b>	31/10/22	112,50	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : .....

# ORDONNANCE

R. Natch. SYAR.

R. 2 pied D<sup>8</sup>  
324

4667



# ORDONNANCE

le .....

Mr/Mme SYAR NOLAK

25/10/2020

Compte rendu radiologique

La radio du pied droit ne  
montre pas de lésion osseuse  
ni luxation, elle est normale  
par ailleurs

Service des Urgences  
Hôpital Hassani  
Médicins Urgentistes  
Hassani KASSOUAN

Cachet du médecin





Date: 07/10/2011

# ORDONNANCE

Rele Note de



Novod

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 168,20 DH  
LOT: 649756  
PER: 03/24

168,20

32,00

SAT



DR. NADIA KASNOUAR  
MEDECIN URGENTISTE  
CHP HASSANI



PHARMACIE DAWDIA  
Safaa GALLAD  
Docteur en Pharmacie  
1 Rue 13 El  
Quila - Casa - Tél.: 022.50.14.24



47,80

47,80

248,00

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DÉLEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HÔPITAL AL HASSANI

# Quittance

Reçu de M. *Belkacem*

La somme de *Quatre mille*

N° 489508

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>ca</i>		<i>4000</i>
		<i>4000</i>
Total		

Cachet du  
Service

Le, *5/10/22*

Signature du  
Régisseur

REGIE DE RECETTES  
HAY HASSANI

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M. *Abdellah S. S. S.*

La somme de *112,50*

**Quittance**

N<sup>o</sup> **489509**

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>215</i>		<i>112,50</i>
		<i>112,50</i>
Total		

Cachet du  
Service

Le, *5 / 10 / 20*

Signature du  
Régisseur

REGIE DES RECETTES  
HAY HASSANI