

# 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.

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 ENOUR Rue 11 n° 10 OULFA Caso

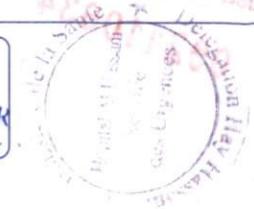
Tél. : 0661 91 53 42

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NADIA KASNOUR  
MEDECIN URGENTISTE  
CHP MASSANI



Date de consultation : 01/10/2021

Nom et prénom du malade : Natacha SILLARE Age: 21 an

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

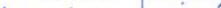


## Déclaration de Maladie

M22- 0039551

139082

#### **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
11/05/22		c	40,-	    

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>L'HARMACIE DAWDIA</b> <u>Safa KHALLAD</u> <u>Docteur en Pharmacie</u> <u>N°1 Rue 13 El Wifák</u> <u>8000 - Tél: 022.90.14.24</u>	05-10-22	248,00

ou du Fournisseur  
**L'HARMACIE DAWDIA**  
Safaat KHALAD  
Docteur en Pharmacie  
8<sup>e</sup> N°1 Rue 13 El Wifák  
Oujda - Casa - Tél.: 022.90.14.  
**092110634**

092110634

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/10/2024	118,50	123

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

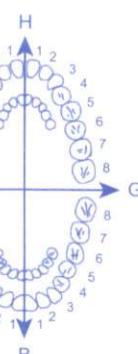
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Date : ..... 25 Mars

# ORDONNANCE

Rachid. SYAR.

Rachid. SYAR  
n° 824

U666NA



# ORDONNANCE

le .....

Mr/Mme SYAR NDAK -  
25/10/2022 -

Compte rendu radiographie

La radio du pied droit ne montre pas de désin s'assurant les selons, elle est normale  
Par ailleurs

Service des urgences  
Hôpital Intercommunal  
Médecin urgentiste  
Rattachement  
Médecin urgentiste



Cachet du médecin



Date : 07/06/2000

# ORDONNANCE

Relle Nadi

168,20 Dh

Nouad

321,00

47,80

248,00

**PHARMACIE DAWDIA**  
Safia CHALLAD  
Propriétaire et Pharmacien  
161 Rue 13 El  
Quilis - Casa - Tel: 022.30.14.24

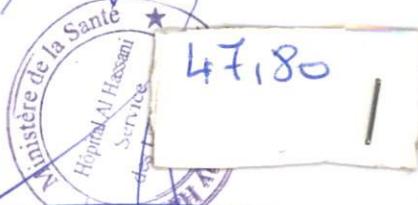


RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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



Dr. NADIA KASNOUAR  
MEDECIN URGENTISTE à  
CHP HASSANI



47,80

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

Reçu de M. ....

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
57		40,-
		40,-
Total		

# Quittance

N° 489508

Cachet du  
Service

Le, 5/1/88

Signature du  
Régisseur



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

Reçu de M. ....

La somme de ....

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
215		112,5-
		112,50
Total		1

Quittance

N° 489509

Cachet du  
Service

Le,

Signature du  
Régisseur

