

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0058342

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1145 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ATELLOUL NAOUAL 147310

Date de naissance : 24/12/1949

Adresse : 1, Rue Kacem Aouni

Ans. Jean Taires

Tél. : 06.12.15.6.18 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/1/23

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Néoplasme pulmonaire

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

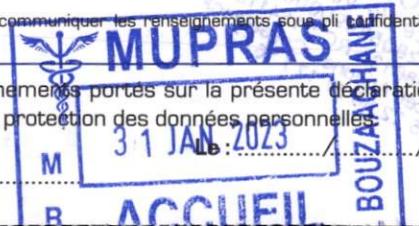
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....



## 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
30/11/23			01.	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

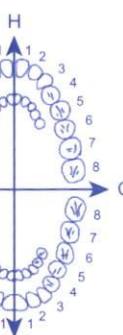
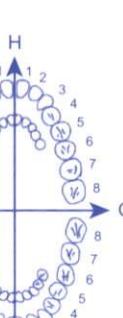
Cachet et signature du Practicien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
NAYA HOME CARE Service de Vente ICE : 00220568800055 TP : 257086133 RC : 45415 Rue Lahcen Arajoune - Casablanca 05/22 86 37 17 / 16 83 - 26/01/2023						6.500,00

## 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 <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			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B 00000000			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



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

Casablanca, le : 30/11/23

## ORDONNANCE

Docteur : \_\_\_\_\_

Dietlevi Nasual

Aide signante à domicile  
un passage pour jour pendant

Sur S

6500,00

INAYA HOME CARE  
Service de Vente  
ICE : 00280510000065  
TP : 26708613 / RC : 154116  
7, Rue Lahcen Aïdoune - Casablanca  
Tel : 06 22 86 37 17 / 16 83

Dr. H. AZHARI ASMA'A  
Unité de Soins Palliatifs  
Unité de Lutte contre le Cancer  
Centre de Traitement des Cancers  
pour le Traitement de l'Institut Ibn Rochd - Casablanca  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

26/01/2023

Inaya Homecare Services

inaya عناية

## Facture

N° Facture : FA00232023

Nom/Prénom DJELLOUL NAOUAL  
Adresse 1 rue Kacem Amine Résidence Jean Jaurès  
Tél : 2ème étage escalier gauche porte 3  
0661215618  
Médecin T #NA# - #NA# -  
Sexe Féminin  
Date naissance 24/12/1949  
Pathologie  
Poids Kgs

Référence	Nature	Durée	Unité	Total
PR1	Prestation de services à domicile	30	2	6 500,00

Total TTC 6 500,00 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
SIX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

INAYA HOME CARE  
Service de Vente  
ICE : 002805899000055  
TP : 26708613 - RC : 154115  
7, Rue Lahcen Arajoune - Casablanca  
Tél : 05 22 86 37 17 / 16 83

1/1

inaya عناية

ICE : 002805899000055 - IF : 50393101 - RC : 154115 - Siège Social : 15 AV AL ABTAL APPT N°4 AGDAL, Rabat - Tél : 06 66 31 50 35

26/01/2023