

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0022355  
247319

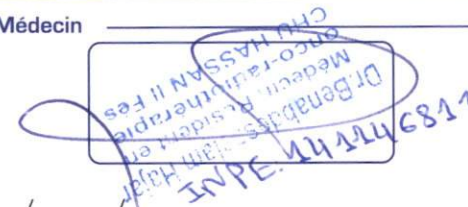
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1464 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : M. BAROUTI Mohammed Fouad  
 Date de naissance : 29-05-1945  
 Adresse : 2 Rue Jabrane Khalil Jabrane AV  
 Allal Ben Abdellah - Fès  
 Tél. : 0535 622736 Total des frais engagés : 75,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : M. BAROUTI HAYAT Age : 66ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Kc du sein G.  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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

RELEVÉ 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
21-12-22	Cs		1110	

[illegible]

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

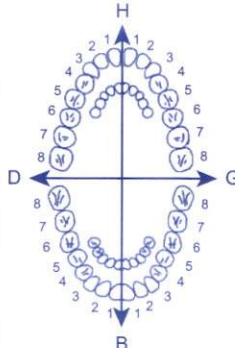
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

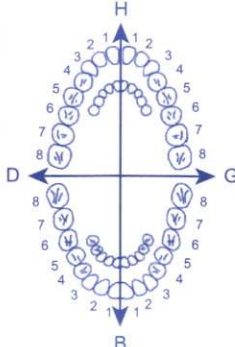
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      25533412                      00000000                      00000000                      35533411                 </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>                      21433552                      00000000                      00000000                      11433553                 </div> </div> <p><b>H</b></p> <p><b>B</b></p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**ORDONNANCE**

IP : .....

Service : ..... RTH ..... Fès, le 21.12.20

Nom et Prénom du malade : ..... Hayat Barouti

Bon d'écho-mammographique

âge 66 ans

suivie pour CSD du sein G  
a bénéficié d'une CMT + fategy +  
RTH (FT en 2014) ;  
écho-mammographique  
contrôle est  
souhaitable

Cachet et signature  
du médecin

Dr. Benabdelkamel Hajaj  
Médecin Résident en  
onco-radiation thérapie  
CHU HASSAN II Fes

Index patient	335 536		(Externe)	رقم المريض
Nom patient	HAYAT BAROUTI			الاسم و النسب
Couverture Social	<del>RAMED</del> PAYANT			التغطية الصحية
Rendez-vous	21/12/2022 9:08 Dr. DABIR Yassin Médecin Résident Service de Radiothérapie Oncologie CHU HASSAN II - FES			الموعد
Consultation	RADTH3 : CONSULTATION ANCIEN MALADE DE RADIOTHERAPIE			الاختصاص
Activité	AMS : ANCIEN MALADE DU SPECIALISTE			نوع الفحص
Batiment	HOPITAL DE RADIOTHERAPIE ET D'ONCOLOGIE			القاعة
Observations	ملاحظات			
المرجو منكم الحضور ساعة قبل الموعد مرفقا بنسخة من بطاقة التعريف الوطنية ونسخة من بطاقة الراميد أو بطاقة التعاضدية				
Rendez-vous N°: 16470008 ; pris le : 22/12/2021 10:36:41				

## Facture N° 2022P162678

Mode de paiement PAYANT / MUPRAS

Bénéficiaire				Adhérent	
IP	335 536	DI	7 081 701	Nom et prénom	HAYAT BAROUTI
Nom et prénom	HAYAT BAROUTI			N° Immatriculation	
N° CIN	C98099			N° Affiliation	
Date Examen	21/12/2022 00:00:00			Date Affiliation	
	Service RADTH			Date validité	

Code	Description	Prix de base	Quantité	Prix	Total Net
CSP	CONSULTATION D'UN SPECIALISTE	75,00	1,00	75,00	75,00

Arrêtée la présente facture à la somme de soixante-quinze Dhs et zéro centimes	Total général :	75,00
--	-----------------	-------

Total Encaissement :	0,00	Net à payer:	75,00
----------------------	------	--------------	-------

Créé par : ENNASSIRI

Le : 21/12/2022 11:05:04

Editée par : YMAHI

Le : 21/12/2022 11:05:48

Page 1 sur 1

*Fatima El Hachimi*  
Régisseuse Spéciale  
Hôpital d'Onco-Oncologie  
CHU Hassan II - Fes

*[Signature]*  
Bureau d'Administration  
Hôpital d'Onco-Oncologie  
CHU Hassan II - Fes

TOTAUX  
REPORTS

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE  
HASSAN II - FES

N° 601516



QUITTANCE

Hôpital : .....

Reçu du M. ....

La somme de : .....

Nature de la recette	EX	Sommes
CS Rodh		
16 26 78		7510
Total		7510

Cachet du Service

Le

21-12-92

Signature Régisseur de Recette