

# 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

- 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.

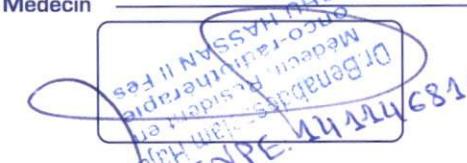
M22- 0022355  
*(247319)*

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1464 Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : Retraité  
Nom & Prénom : Mr BAROUTI Mohammed Fouad  
Date de naissance : 29-05-1945  
Adresse : 1 Rue Jelbrane Khalil Jelbrane AV.  
Allal Ben Abdellah - Fès  
Tél. : 0535 62 27 36 Total des frais engagés : 75,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : Mme BAROUTI HAYAT Age : 66ans  
Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
Nature de la maladie : Kc d'an seïn 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) : 

## 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
20-02-2013				

## **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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-B-D-H system. At the top is atom H, with a vertical arrow pointing upwards. At the bottom is atom B, with a vertical arrow pointing downwards. To the left is atom D, with a horizontal arrow pointing to the left. To the right is atom C, with a horizontal arrow pointing to the right. The atoms are arranged in a circular pattern, with H at the top, B at the bottom, D on the left, and C on the right.

**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dans 1 an  
Dr.Benabdellah  
Médecin Résident en  
oncologie thérapie  
CHU Hassan II Fes

## ORDONNANCE

IP : .....

Service : RTH Fès, le 21.12.22

Nom et Prénom du malade : Hayat basouti

Bon d'echo-mammographie

âge 66 ans

Suivi pour CCF du sein G  
a bénéficié d'un CAT + fatég +  
RTT (FT en 2014); →

echo-mammographie  
contrôle est  
souhaitable

Cachet et signature  
du médecin

Index patient	335 536		(Externe)	رقم المريض	
Nom patient	HAYAT BAROUTI			الاسم و النسب	
Couverture Social	PAYANT			التغطية الصحية	
Rendez-vous	Dr. DABIR Yassine 21/12/2022 9:08 Médecin-Résident Service de Radiation et Oncologie RADTH3 : CONSULTATION ANCIEN MALADE DE RADIOTHERAPIE CHU HASSAN II - FES			الموعد	
Consultation	RADTH3 : CONSULTATION ANCIEN MALADE DE RADIOTHERAPIE			الاختصاص	
Activité	AMS : ANCIEN MALADE DU SPECIALISTE			نوع الفحص	
Batiment	<u>HOPITAL DE RADIOTHERAPIE ET D'ONCOLOGIE</u>			القاعة	
Observations					ملاحظات

الرجو 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	Service	RADTH	Date Affiliation		
				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

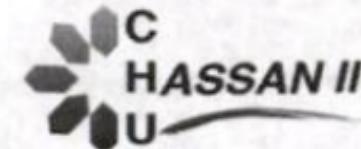
Page 1 sur 1

REGLISSEMENT DES SPÉCIALITÉS  
Hôpital Hassan II - Fes  
Bureau d'Administration - RADTH  
FATIMA EL HADJ HASSAN II  
N° 1

**TOTAUX  
REPORTS**

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE  
HASSAN II - FES

N° 601516



**QUITTANCE**

Hôpital :

Reçu du M.

La somme de :

Nature de la recette

EX

Sommes

CS Roddeh

7510

16 26 78

Total

7510

*Cachet du Service*

Le 21-12-22

*Signature Régisseur de Recette*