

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 : 3511 Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : D. BEAUVILLE

SAHRA

162917

Date de naissance : 9.12.1949

Adresse : 176 Rue Agadir Dakar DA 24

Tél. : 06 390 31137 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08.07.2023 Age:
RAISATI Fakir

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
MUPRAS

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 : 10 JUIL. 2023

Signature de l'adhérent(e) : El HADJ



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
29/06/23			10,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	29/06/23		112,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Délégation de Nouacer
Hôpital SAR Prince
Héritier Moulay El Hassan



المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
مندوبية التواصـر
مستشفي صاحب السمو الملكي
الامير مولاي الحسن

T722
CACHET DU MEDECIN

ORDONNANCE

A le, 09.06.08

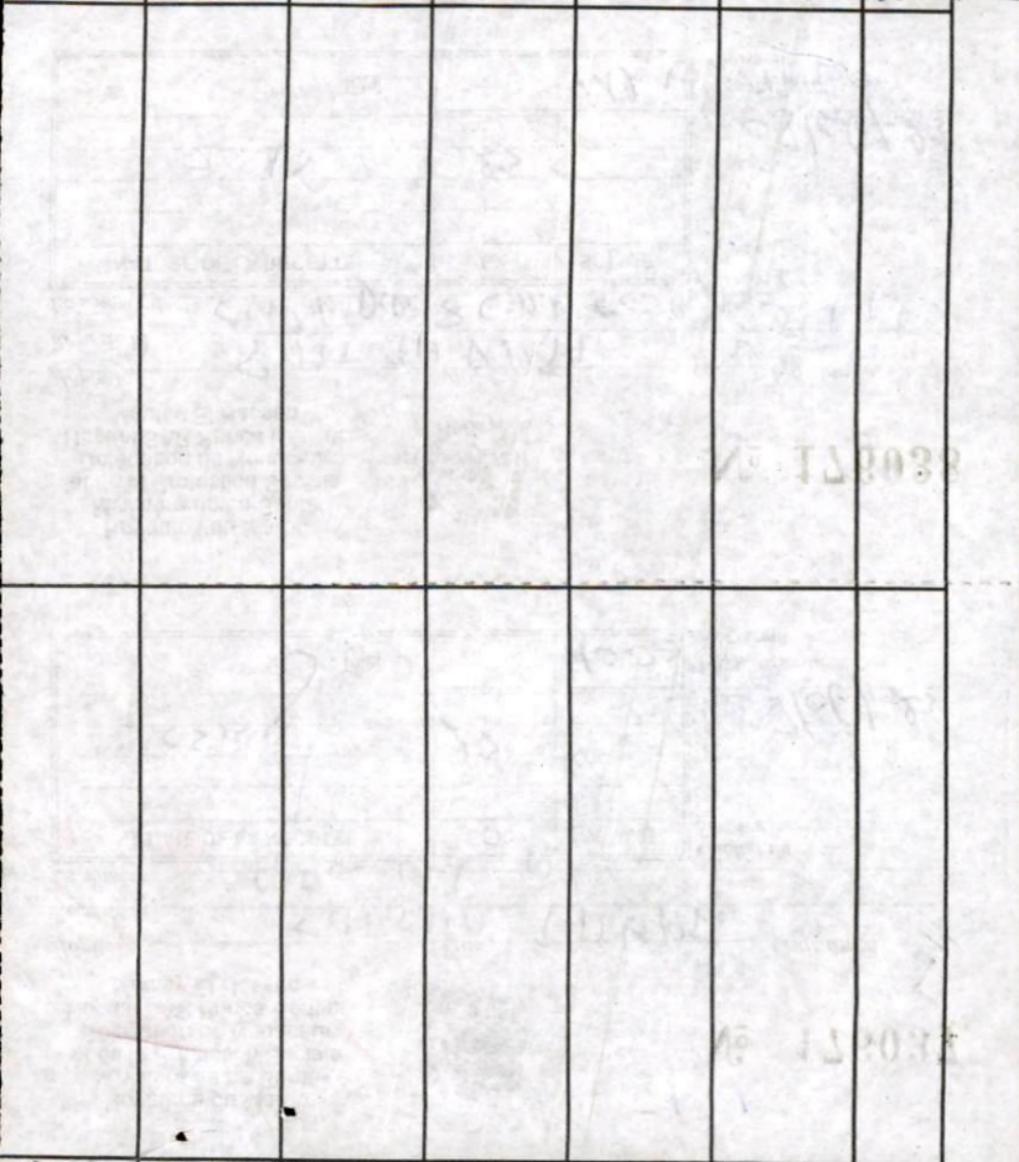
C Batafif Pablo

Rd Genou face



INPE:091252536
Hôpital SAR
Héritier Moulay El Hassan
Délégation Générale à l'Énergie
et à l'Aménagement du territoire
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Nouacer





Royaume du Maroc
Ministère de La Santé
et de la Protection Sociale
Délégation de Nouaceur
Hôpital SAR Prince Héritier
Moulay El Hassan



Nº 176037

Hôpital Ville Quittance
Reçu de M. *SATE TA KATE*
La somme de *Quinze mille mille*

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
<i>CS 200</i>	<i>23</i>	
Total		<i>4000</i>

Cachet du
Service

Le 07/06/23
Signature du
Régisseur

Royaume du Maroc
Ministère de La Santé
et de la Protection Sociale
Délégation de Nouaceur
Hôpital SAR Prince Héritier
Moulay El Hassan



Nº 176038

Hôpital Ville Quittance
Reçu de M. *SATE TA KATE*
La somme de *Cent mille deux cent mille*

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
<i>2.15</i>	<i>23</i>	
Total		<i>118,10</i>

Cachet du
Service

Le 07/06/23
Signature du
Régisseur

5

Nom : fatiha takali

DATE : 12 / 06 /2023

Radiographie des deux genoux face et profil.

-Fracture complexe déplacés de l'extrémité supérieure du tibia et péroné.

-Absence d'anomalies des parties molles.

Dr. EL BENDAD Dr. Wafaa
Médecin Radiologue
INPE: 061304218



FICHE DE REFERENCE N° 0007110

RAMED

AUTRE

IDENTITE DU PATIENT :

- Nom et prénom : *Yahia Takkal*
- Age : Sexe : masculin féminin
- Identifiant de la CMB ou autres documents :
- Adresse :

MOTIF DE REFERENCE et Lieu de référence :

Fait à Bala à l'hopital

*Julie
Cas Bala*

TRAITEMENT RECU :

✓

AUTRES INFORMATIONS UTILES :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et signature du médecin

Fait le : *05/06/2023*

Confraternellement

