

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie  
M23-014034

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 35119 Société : Retraite  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rejaoui  
Nom & Prénom : D. BENARAB  
Date de naissance : 9.12.1969  
Adresse : 136 Des Azur Danubay Casablanca  
Tél. : 06 390 311 37 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.06.2023  
Nom et prénom du malade : ALI OUFAT Age : .....  
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 : ACCUEL Le : 10/7/23  
Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/06/23        |                   |                       | 110,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 07/06/23 |                              | 112,00                 |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

T122

CACHET DU MEDECIN

A ..... le 07/06/25

Rafik Fakhro

Rx Cancro  
face



Dr. ELFARNANI Hajer  
Médecin Généraliste  
HP Moulay El Hassan  
INPE: 091252536



[illegible]



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



N° 176037

Hôpital ..... Ville ..... Quittance *5*  
Reçu de M *FATEHA TARIK*  
La somme de *quatre cent* .....

| NATURE DE LA RECETTE | EX        | SOMME        |
|----------------------|-----------|--------------|
| <i>csuy</i>          | <i>23</i> |              |
| Total .....          |           | <i>40,00</i> |

Cachet du  
Service

Le *08/06/2023*

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



N° 176038

Hôpital ..... Ville ..... Quittance  
Reçu de M *FATEHA TARIK*  
La somme de *cinquante francs* .....

| NATURE DE LA RECETTE | EX        | SOMME         |
|----------------------|-----------|---------------|
| <i>2.15</i>          | <i>23</i> |               |
| Total .....          |           | <i>112,00</i> |

Cachet du  
Service

Le *08/06/2023*

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 BENDADI Wafae  
Médecin Radiologue  
INPE: 061304218

AUTRE ☐

**Demande de soins établie par les autorités compétentes des bénéficiaires de RAMED de droit (Orphelinat, Prisons etc...)**