

# 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 : 00.00.207

Société : 179948

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Leukida Saida

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 71 35 51 99

Total des frais engagés : 13

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur AMIR NAIMA  
Médecin Urgentiste  
Centre Hospitalier Préfectoral  
AL HASSANI  
Délégation Ministère Santé  
De Hay Hassani*

Date de consultation : 14.08.23.

Nom et prénom du malade : SAID EL OULAMA Age : 46

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

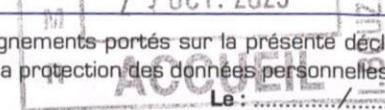
Nature de la maladie :

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 : \_\_\_\_\_

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 et attestation le Paiement des Actes
14/09/22	C			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES PHARMACIE CHIFA 10 Ave Afghanistan Hay Hassani - Casablanca tel: 0522 90 32 63	14/09/2022	76,20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
REGIE DE RECHERCHES CHP HAY	14/09/22	T 119	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553

(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

# ORDONNANCE

14/10/91 Le :

Spido Loukaida

- 1) Voltarène 75 - 8

76,00



1 cp x 217

REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFA  
13 Av. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 32 63



# ORDONNANCE

soida loutkida

14/09/23 Le :

Fiche de liaison

suc-urgence  
CNP Bouafi

cher confrère

permettez de vous adresser cette note.

pour Traumatisme fermé à la fix.

Fracture du P<sub>1</sub> du Li Torteuf

L<sub>3</sub> Avis Trauma



Hôpital Bouafi  
Dr. Adel GARGAOUI  
Médecin Urgentiste  
N°PE: 021076138



# ORDONNANCE

dh/69/83 Le :

OK

El oukide Soïdo.

Rx du pieds

droit



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE

DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M. ....

La somme de ....

SAIDA LOUKIDA  
quarante DH

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
C		40
Total .....		

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M. ....

La somme de ....

SAIDA LOUKIDA  
cent denze DH  
et cinquante DH

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
T 119		112,5
Total .....		

# Quittance

N° 517357

Cachet du  
Service

Le, 14-9-23

Signature du  
Régisseur

# Quittance

N° 517358

Cachet du  
Service

Le, 14-9-23

Signature du  
Régisseur



118001 030408

VOLTAREN® SR 75 mg  
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH