

# 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.

M22- 0055906

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02630

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ALL MOHAMMED NOUFI

Date de naissance :

01 07 58

Adresse :

2KA OU RA Rue 05 N° 13  
AIN CHOCK Casab

Tél. 0637872818

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Professeur Agrégé MOUNA ASLY  
Médecine Physique

Date de consultation : / /

091186387

Nom et prénom du malade : ..... 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.

16 AVR. 2024

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) : .....

8

## 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
16/07/2014	Médecin Physique	19.11 C 87	G	Médecin Physique 091186387

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/01/24	218,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/07/2024	271x2	225

## AUXILIAIRES MEDICAUX

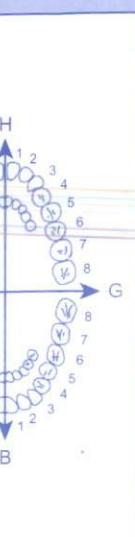
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. DENTISTE DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

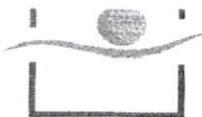
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
CHP MOHAMED SEKKAT  
AIN CHOCK CASABLANCA  
Service d'imagerie médicale



MED HILAL

24/01/2024

**RADIOGRAPHIE DU GENOU GAUCHE**

**FACE/PROFIL**

Gonarthrose bilatérale débutante

Dr. CHAIB MOHAMED  
Rachid  
Mohamed  
CH-SC



16/11/24

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

M. HILAL Med

152,00

1/ Arixib 90

150 15

LOT : 231507  
EXP : 10/2026  
PPV : 152,00DH

52,80

2/ Oede 3

180 15

LOT 221880  
EXP 08/2025  
PPV 52.80DH

14,00

3/ Dolpin 15

150 15

PPV: 14DH00  
PER: 09/26  
LOT: M3223

218,80

Hôpital Universitaire International  
Professeur Aggrégé Mouloua  
Médecine Physique



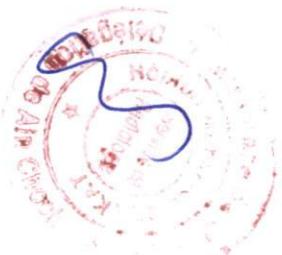
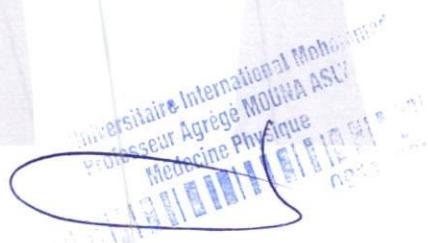
16/11/24

## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

MFHILAL Mel

R<sup>+</sup> de 2 gensez f - p  
début





## FACTURE EXAMEN

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM : 090005760

Facture Examen Numéro : 2 024 / P / 4 326

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification		Débiteur	
Index Patient : 52 341 N° de Examen : 59 686 Nom et prénom : MOHAMMED HILAL CIN : W30755 Adresse : AIN CHOK		PAYANT	
Médecin		Date	
Sur prescription du : CHEF SERVICE RADI Spécialité : RADIOLOGIE		Date de examen : 24/01/2024 12:25:49	

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
<b>RADIOLOGIE STANDARD</b>							
Examen radiologique du genou, inférieur ou égal à deux incidences	T122	Z	15,00	2,00	112,50	112,50	225,00
Montant Total:							225,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENT VINGT-CINQ DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 225,00 DHS

24/01/2024 12:27:50

Facture Etablie Par Personnel N° : ZATMER

Signature du responsable :



ROYAUME DU MAROC

CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية

البطاقة الوطنية للتعريف

2020

MOHAMMED

هلال

HILAL

مزداد بتاريخ  
بسطات

SETTAT

CAN 875281

البيير العام للأمن الوطني

Alay

عبد الرحيم حموشي

N° W30755 رقم

صالحة إلى شایعه 26.04.2031



N° W30755

رقم

N° état civil 140 RID/1975

بن الزموري بن بوشعيب

د زهوة بنت الحاج بوعرة

OPI01HNM

الجنس

M

Fille de ZEMMOURI ben BOUCHAIB

Et de ZAHOUA bent EL HAJ BOUAZZA

العنوان 13 زنقة 5 نجدة الزكاردة عين الشق البيضاء

Adresse 13 RUE 5 LOT ZKAOURA AIN CHOK CASA

IDMAROPI01HNM<8W30755<<<<<<<<<  
5801017M3104264MAR<<<<<<<<<<<8  
HILAL<<MOHAMMED<<<<<<<<<<<<

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

CHP AIN CHOKE - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

Quittance

N° 00794117/J

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
37 Fazek		
Total		225,1



Cachet du  
Service

Le 20  
Signature du  
Régisseur