

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319

Société : AT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : REZKI JILAL

Date de naissance : 17-06-41

Adresse : 3 RUE HAY CHEMS

0522 368408

Tél. 0670025111

Total des frais engagés : 387,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Samira DAKI  
Médecin Spécialiste  
Néphrologie - Hémodialyse  
Hôpital Med. Sekkat Ain Chock

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HADIRI ESSAD Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète cœtopathie

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 09/10/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
29/01/2021	CS	6	Dr. Samira DAKI Médecin Spécialiste Néphrologie - Hémodialyse Hopital Msc. Sakkal Ain Chock	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Samira DAKI Hôpital Msc. Sakkal Ain Chock 28/01/2021	29/01/2021	387,20

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
		AM	PC	IM	

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				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montants des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b> <b>Coefficient des travaux</b> <b>Montants des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Date de l'exécution</b>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			
	H	25533412	21433552	<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montants des soins</b> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
ministère de la santé



المملكة المغربية  
وزارة الصحة

DELEGATION PREFECTORAL D'ARRONDISSEMENT AÏN CHOCK  
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL MOHAMED SEKKAT

ORDONNANCE

29/01/2022

M. Hachiri ESSADIE

735,00 x 2

1) Carboxane  
1cp x 2j/uri

103,00 x 2

2) Doliprane SOU  
1cp x 3j/uri

104,00 x 3

3) Metronidazole  
1cp x 3j

38,00 x 3

4) Drabatex  
1spri

387,00

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, 84, Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L  
Tel: 0522 94 65 30 - CASABLANCA

Dr. Samira DAKI  
Médecin Spécialiste  
Néphrologie - Hémodialyse  
Hôpital Med. Sekkat Ain Chock

Vignettes

T.S.V.P.

PPV:10DH30  
PER:10/23  
LOT:J2761

PPV:10DH30  
PER:10/23  
LOT:J2761

Lot : 200577  
À consommer de  
préférence avant le : 10/2023  
PPC:79,50 DH

Lot : 200577  
À consommer de  
préférence avant le : 10/2023  
PPC : 79,50 DH

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

38,00

38,00

38,00