

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0010361

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 535 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 186419  
 Nom & Prénom : BOUJILIL Jilali  
 Date de naissance : 1945  
 Adresse : Lot<sup>2</sup> NOUR R.8 N.8 Hay Hassani  
C.P. 20230 Casab  
 Tél. : 06.61.97.54.85 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

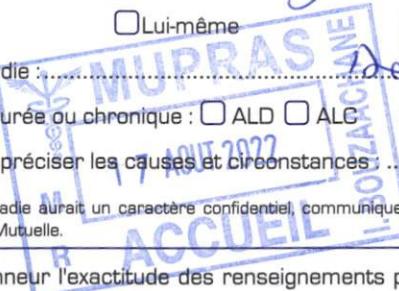
Cachet du médecin :



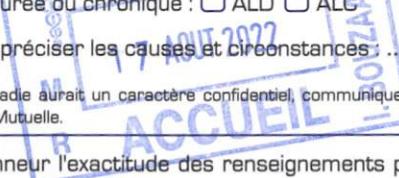
Date de consultation : ..... / ..... / .....

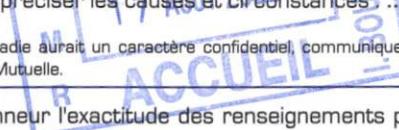
Nom et prénom du malade : Boujilil Jilali Age : .....

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'exhaustivité 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) : 

## **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
12/07/2018			10010	Dr R. HASSANI Endocrinologue Hôpital Al Hassanian REGISTRE REGETTES CHP MAY HASSANI

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AIN NEZACH Dr MABCHOUR Rajaa Op Al Ikama n°121 SETTAT Tel 05 23 72 66 53	22/02/2022	6 171.10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the internal structure of the human mandible (lower jawbone). It features a central body with two rami extending upwards at the ends. Numbered circles (1 through 12) indicate the locations of various foramina (openings) on the inner surface of the bone. The foramina are arranged in several rows: a top row with 1, 2, 3, 4; a middle row with 5, 6, 7, 8; a bottom row with 9, 10, 11, 12; and a row near the rami with 1, 2, 3, 4.

#### **[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

MINISTÈRE DE LA SANTE  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

PPV 18DH 00  
PER 05/25  
LOT L 1769

PPV 18DH 00  
PER 05/25  
LOT L 1769

Ordonnance

Casablanca, 22/07/2002

78,70

as Bonjilil oħra

78,70 X 3  
Dexamfetamine 60

78,70

78,70

24-11g/min 4 month

17,00 X 6

as de  
oħra  
→ Dexamfetamine 200  
26 mg/d

PPV 18DH 00  
PER 05/25  
LOT L 1769

91,00 X 8 74 gr

as paracelsus

74 gr

PPV 18DH 00  
PER 05/25  
LOT L 1769

PPV 18DH 00  
PER 05/25  
LOT L 1769

Pharmacie AIN NEZAGH  
Dr MABCHOUR Rajaâ  
Coop Al Ikama n°121 - SETTAT  
Tél 05 23 72 66 83  
INPE 062085147

Ang, Bd.BOUCHAIB REDDAD et Bd.OUED SEBBOU - C.  
Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54

L. R. HASSEN  
Endocrinologist  
Al Hasen

91,00

91,00

91,00

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HÔPITAL AL HASSANI

Reçu de M. ....

La somme de .....

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
.....		6000
.....		
Total .....		

# Quittance

N° 484288

REGIE DE RECETTES

Cachet du Service

Le, 22/7/2022

Signature du Régisseur