

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <b>2620</b>	Société : <b>RATM</b>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <b>HIBAL MOHAMMED</b>	
Date de naissance : <b>01/07/58</b>	
Adresse : <b>ZKAOURA RUE DES N° 13 AIN CHOK CASAB</b>	
Tél. : <b>06 37 87 28 18</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/11/2023**

Nom et prénom du malade : **Hibal** Age : **67 ans**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : **Dr. A. Siwane** Pathologie : **ALD**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : **ALD**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Maladie**

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 



**Déclaration de Maladie**

**M22- 0055913**

**149659**

Optique

Autres

## 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
20/01/2023	(2)	(1)		Dr Abdeinak SIWANE Traumato-Orthopédiste Hôpital Mohamed Ben Aouf Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
MAPAMEL S.A.R.L. 12 Bis, Rue L'Hermitage Casa (Face Hôpital de Casablanca) Tél.: 022.8.03.52	12/11/23	113015
Mapamele S.A.R.L. 12 Bis, Rue L'Hermitage Casa (Face Hôpital de Casablanca) Tél.: 022.8.03.52	10/01/23	95,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

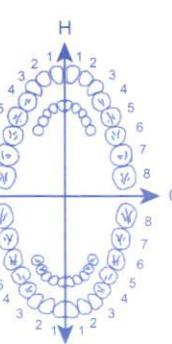
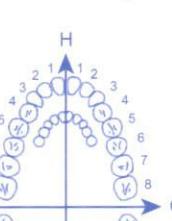
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

مندوبية عمالة مقاطعات

الفداء مرس السلطان

الدار البيضاء



Ministère du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le .....

١٥/٠١/٢٣

## ORDONNANCE

n° Hôpital Farhi

Service de la fracture  
Département de Radiologie

cat 2 ~~Bouffet PCP/30~~

4780X2 pas libérant de genou  
Dr. Majda HACHMI MAPAMED 130.00  
Dr. Majda HACHMI 12 Bis, Rue L'hérault Face Hôpital Bouari  
Du Dakha à l'avenue Dora Casablanca  
Tél : 0522.81.03.52 - Casablanca

Dr Abderrahak JAWHLI  
Traumato-Orthopédiste  
Hôpital Mohamed Baouafi  
Casablanca

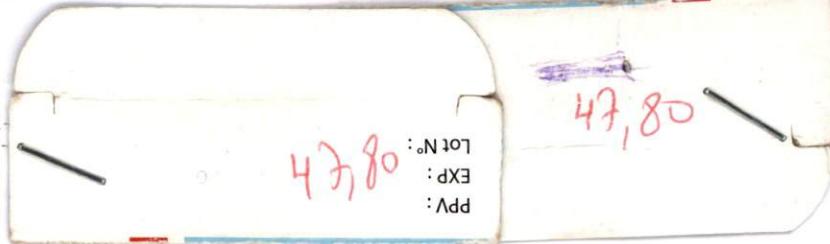


Dolore

2000 221

Pharmacie Hôpital Farhi  
Boulevard Hassan II Casablanca  
Téléphone : 0522.81.03.52

95160



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca

CHP MOHAMED BAOUAfi



المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

مشهودية عمالة مقاطعات

القىاد، مرس السلطان

الدار البيضاء

Casablanca le ..... 22 / 2 / 23

## **ORDONNANCE**

HILAL ou FATH DA

- 03 N° date 20 -

- 8.2023 2M

- 06 2 R

MAPAMED SARL  
12 Bis, Rue L'Héroult Casablanca  
(Face Hôpital Bouali)  
Tel: 022.81.03.52

430 /





**MAPAMED s.a.r.l**

# FACTURE

0019208

*Nom ou Raison Sociale :*

**Réglement :** Envoi

*Adresse :*

**Date :** 12/12/23

**La présente facture est arrêtée à la somme de :**

Questa cent trenta olio -