

# 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

- Reclamation : 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- 0055915

Optique 151866  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2630 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HILAL MOHAMMED

Date de naissance : 01-07-58

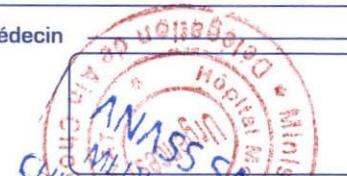
Adresse : ZKA OU RA Rue 05 N° 13

A.N.C.H.O.C.K CASA

Tél. : 0637872818 Total des frais engagés : 192 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Hila... Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : entorse de la cheville

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'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 : CASABLANCA Le : 26/02/2023

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
08/01/23	C		501	
10/01/23	C		501	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/01 2023	875	M 2150

## 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Ordonnance



Nom & prénom :

le 2023 Aout 07

Hilaloufati

DRR de la cheville droite  
(F + P)



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



Dr. RAOUF Youssef  
Spécialiste en imagerie  
médicale  
Hôpital Mohamed SEKKAT

HILALOU FATIMA

LE 10-01-2023

RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DROITE

FACE ET PROFIL

- Fracture du tiers inférieur du péroné non déplacée
- Epine calcanéenne

Dr. RAOUF Youssef  
Spécialiste en imagerie  
médicale  
Hôpital Mohamed SEKKAT

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
CHP AIN CHOCK  
Reçu de M .....

Quittance 00734422/J

La Somme de .....

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
2	23	
Total		121,70

Cachet du

Service

Le 12/12/20

Signature du

Régisseur

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
CHP AIN CHOCK  
Reçu de M .....

Quittance 00737150/J

La Somme de .....

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
.....	85	.....
.....		.....
.....		.....
Total		101-

Cachet du

Service

Le 10/11/20

Signature du  
Régisseur



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
CHP AIN CHOCK  
Reçu de M .....

Quittance 00735971/J

WIL ALLAH FATIMA

La Somme de ..... quarante DH

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
.....	23	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Total	.....	WILAH

