

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1282

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZARKA STAPHIA

Date de naissance : 1949

Adresse : 1001 FATAW N° 1 LIFORAC ED. CRSP

Tél. : 06 11 88 41 76

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Dr. Adel GARGAoui  
Médecin urgentiste  
INPE: 021025138

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/07/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 :

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
13/09/2013				
			40 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/23	
	12/10/23	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/11/93	Sp/pe	145,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12-lead ECG tracing. The leads are numbered 1 through 12 around the perimeter. Lead 1 is at the top, lead 2 is at the bottom, lead 3 is on the left, lead 4 is on the right, lead 5 is at the top-left, lead 6 is at the top-right, lead 7 is at the bottom-left, lead 8 is at the bottom-right, lead 9 is on the far left, lead 10 is on the far right, lead 11 is at the top-left, and lead 12 is at the top-right. The tracing shows a regular sinus rhythm with a rate of approximately 60-80 bpm. The leads are labeled with letters: 'D' is at the bottom left, 'G' is at the bottom right, 'H' is at the top center, and 'B' is at the bottom center.

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# ORDONNANCE

Le : 13/07/23

Zaki Mustapha



Dr.



1) Tonic

145,00

2) Economic

39,90

3) Prednisolone

40,00

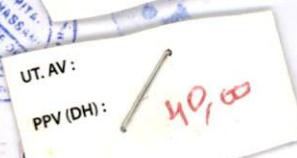
224,90



Dr. Adel GARC  
INPE: 022 821076138  
Médecin urgentiste

Acpt IT ptt 105

Nach



IRGAOUI  
urgentiste  
022 821076138

M

ZARKI  
M. STADPA  
1289

STE PHARMACIE HAMZA  
Casablanca  
1000, Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - 100522 93 10 28

Facture N° 89

Le 17/10

## Facture N°

89

# ORDONNANCE

....., Le : 13/12/2019

Nom : .....

Age : .....



Dr. Adel GARGAOUI  
Médecin Urgentiste  
INPE: 021076138

Rx Tharax



Cachet

Date de prochaine visite:

.....



## Facture Urgence

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM : 100005651

Facture Numéro : 2 023 / P / 14 532

TRÉSORERIE PROVINCIALE

### Identification

Index Patient : 29 714

N° Urgence : 16 451

Nom et prénom : MOUSATPA ZARKI

Adresse : OULFA CASABLANCA

### Médecin

Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN

GÉNÉRALISTE

Type de urgence : MALADIE COMMUNE

### Débiteur

PAYANT

### Date

Date Entrée : 13/07/2023 18:31:01

Détail	NGAP	Clé	Coeff/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
<strong>RADIOLOGIE STANDARD</strong>							
Gril costal ou sternum, ou hemithorax, ou articulation sterno-claviculaire	T163	Z	12.00	1,00	90,00	90,00	90,00
<strong>Montant Total:</strong>							<strong>90,00</strong>

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUATRE-VINGT-DIX DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 90,00 DHS

13/07/2023 19:26:54

Facture Etablie Par Personnel N° : SAMTAO

Signature du responsable :





## Facture Urgence

N° Quittance

511 717

Code ANAM : 100005651

N° Compte Courant

Facture Numéro : 2 023 / P / 14 530

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	Débiteur
Index Patient : 29 714	PAYANT
N° Urgence : 16 451	
Nom et prénom : MOUSATPA ZARKI	
Adresse : OULFA CASABLANCA	
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 13/07/2023 18:31:01

Détail	NGAP	Cié	Coeff/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
CONSULTATIONS							
CONSULTATION GENERALISTE	C			1,00	40,00	40,00	40,00

Montant Total: 40,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 40,00 DHS

13/07/2023 19:26:38

Facture Etablie Par Personnel N° : SAMTAO

Signature du responsable :



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M. Hassana Zarku  
La somme de 40,00

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<u>C</u>		<u>40,00</u>
Total		

# Quittance

REGIE DE RECETTES  
N° 511717

Cachet du  
Service

Le 13/7/23

Signature du  
Régisseur



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M. ....

La somme de ....

NATURE DE LA RECEPTE	Ex.	SOMME
<i>Meastpa</i>		<i>92m</i>
<i>2</i>		<i>90,4</i>
Total		

Quittance

*DARK*  
N° 511719

REGIE DE RECETTES

Cachet du  
Service

Le, *13/7/2023*

Signature du  
Régisseur

*D*