

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0014330**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1214 Société : ROYAL AIR MAROC  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : DIAW BACHIR Date de naissance : 01/01/1981  
Adresse : De MUPRAS 22000  
Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....

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
31/11/18	05		4000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien- ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE 0, Bd de la Haute Haute SABIANCA 05 22 90 33 91	31/08/19	87,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/07/09	215	112,5

## 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'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch, likely upper, showing the arrangement of teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. A horizontal line labeled 'D' passes through the arch, intersecting the midline. A vertical line labeled 'H' passes through the arch, intersecting the midline. A vertical line labeled 'P' passes through the arch, intersecting the midline.

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

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MÈRE SULTAN  
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL  
EL FIDA MÈRE SULTAN  
HOPITAL MOHAMMED BACOUFI  
CASABLANCA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي لصلة  
اللطام مرين السلطان  
مستشفی مهند بوقا  
الدار البيضاء

CASABLANCA LE : 31/08/19 الميل الافتتاح في

**ORDONNANCE**

وصفة

PHARMACIE AL BOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tel. : 05 22 90 97

18

2) Cet ordre  
703  
87,40

PHARMACIE AL BOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tel. : 05 22 90 97

شارع 2 مارس TEL. 0522 -28-77-07 / 0522 28-75-71





ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITALIER PREFECTOR  
EL FIDA MERS SULTAN  
HOPITAL MOHAMED BAOUIFI  
CASABLANCA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي لعاصمة  
القائد مرسن الباطل  
مستشفى محمد بوعافي  
الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

**SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE**

NOM :

DATE :

N° SAU :

PRENOM :

HEURE :

**MOTIF DE CONSULTATION :**

- MALADIE
- IMPRUDENCE
- VIOLENCE
- A V P
- A T
- INTOXICATION
- BRULURE
- MATERNITE
- AUTRES

SIGNE :

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
215	11	1125
Total		

Quittance

N° 072213/A



Cachet du

Servise

Le

Signature du  
Régisseur

(31/10/99) 20

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

REIRE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>Gu</i>		
Total		<i>1000</i>

Quittance

N° 072211/A

