

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

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

650

Société :

201056

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OuennAAim Fadna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

09 73 36 34 73 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Fadna

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Verte

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 :

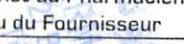
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

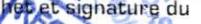
#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
2010-03-12	CA	1	100	 <b>ASSOCIATION SERVICES DES MÉDECINS</b> PAIEMENT EFFECTUÉ

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<u>26/03</u> 2024	70,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/3/24	TDM	400,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# ORDONNANCE

26/03/2014, le

Nom / Prénom :

Gadmo, Romane

صيدلية لوکوس

PHARMACIE LOUKKOS S.A.S.

12 Bd Oued - Ziz Oulata-Casablanca

Tél/Fax: 05 22 00 51 07

PHARMACIE LOUKKOS S.A.S.  
12 Bd Oued - Ziz Oulata-Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 00 51 07

20,10

longueur

14031

co-doliprane 20180

15/03/2014

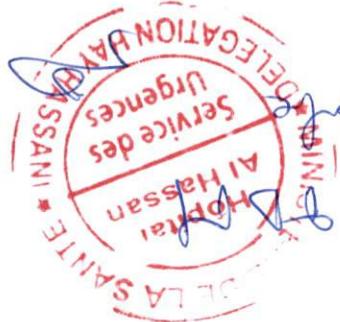
25/03/2014

70,90

الدكتور اسحاق عبد الرحمن  
Dr. ASSOULIMANI Abderrahmane  
Médecin des urgences  
Service des urgences  
CHP Al Hassan  
INP



Dr. RABHA EL KHITE  
Médecin Urgentiste  
INPE: 121006233



96/03/2014, le

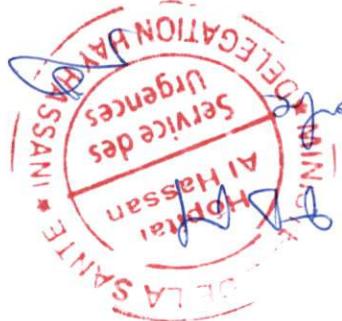
ORDONNANCE

Fadoua Loumera



Nom / Prénom :

Dr. RABHA EL KHITE  
Médecin Urgentiste  
INPE: 121006233



ORDONNANCE

86/103/2014, le



Nom / Prénom :

Fadoua Loumeri

Per ce que j'ai avec  
de commandes selon :

que celle de Loumeri

le 26/08/2014

ce de la date



## FACTURE EXAMEN

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM : 090004524

Facture Examen Numéro : 2 024 / P / 11 193

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	Débiteur
<p>Index Patient : 70 651</p> <p>N° de Examen : 76 137</p> <p>Nom et prénom : FADMA OUNAIM</p> <p>Adresse : HAY HASSANI CASA</p>	<p>PAYANT</p>
<p>Médecin</p> <p>Sur prescription du : SERVICE RAD</p> <p>Spécialité : RADIOLOGIE</p>	<p>Date</p> <p>Date de examen : 26/03/2024 13:15:57</p>

Détail	NGAP	Cle	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
EXPLORATION FONCTIONNELLE							
TDM	TDM	Z	1,00	1,00	700,00	700,00	700,00
Montant Total:							700,00

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

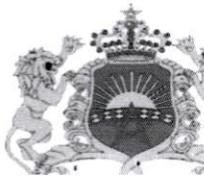
Montant à payer : 700,00 DHS

26/03/2024 13:16:55

Facture Etablie Par Personnel N° : SALELK

Signature du responsable :





Date : 26/03/2024

Nom et Prénom : FADMA OUNAIM

### SCANNER CÉRÉBRAL

#### TECHNIQUE

Scanner cérébral sans injection de produit de contraste.

#### RESULTATS

Structures médianes en place.

Pas d'anomalie de densité du parenchyme sus ou sous-tentoriel en contraste spontané.

Pas d'hydrocéphalie.

Pas de signe d'hémorragie intra ou extra-axiale récente.

Pas de syndrome de masse évident.

Citernes de la base libres.

Pas de lésion osseuse suspecte visualisée.

#### CONCLUSION

Absence d'anomalie décelée.





## FACTURE EXAMEN

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM : 090004524

Facture Examen Numéro : 2 024 / P / 11 193

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	Débiteur
Index Patient : 70 651 N° de Examen : 76 137 Nom et prénom : FADMA DUNAIM  Adresse : HAY HASSANI CASA	PAYANT
Médecin	Date
Sur prescription du : SERVICE RAD Spécialité : RADIOLOGIE	Date de examen : 26/03/2024 13:15:57

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
EXPLORATION FONCTIONNELLE							
TDM	TDM	Z	1,00	1,00	700,00	700,00	700,00
Montant Total:							700,00

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

Montant à payer : 700,00 DHS

26/03/2024 13:16:55

Facture Etablie Par Personnel N° : SALELK

Signature du responsable :





## SAU

### SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE

Prénom : D.NAIM Nom : F.DNA

Date : 26/10/2004 Heure :

N° SAU : .....

#### MOTIF DE CONSULTATION

<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIE
<input type="checkbox"/>	IMPRUDENCE
<input type="checkbox"/>	VIOLENCE
<input type="checkbox"/>	A V P
<input type="checkbox"/>	A T
<input type="checkbox"/>	INTOXICATION
<input type="checkbox"/>	BRULURES
<input type="checkbox"/>	MATERNITE
<input type="checkbox"/>	AUTRES

Signature

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

Reçu de M. .... T.D.M AOUNA IM.  
La somme de .... Sept cent dir.

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
T.D.M		700
Total		

# Quittance

N° 537919

Cachet du  
Service

Le, 26-3-94

Signature du  
Régisseur

ROYAUME DU M  
MINISTERE DE LA SANTE  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI

HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M. KADDOUSSOUNAÏM

La somme de quarante - 40

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

# Quittance

N° 0537908

Cachet du  
Service

Le, 26-3-26

Signature du  
Régisseur