

# 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

- 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.

N° W19-498314

SD-36557

|  |                                       |                                  |                                 |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie        | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                      |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : <b>F368</b>                            | Société : <b>RAM</b>                  | Date : <b>11 AOÛT 2020</b>       |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif          | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <b>OUAKKADI HOUSSNI</b>         |
| Nom & Prénom :                                     |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : <b>04-10-1967</b>              |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : <b>23 LTS HAFIZATEN OULFA CASABLANCA</b> |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : <b>0668863944</b>                           | Total des frais engagés : _____ Dhs   |                                  |                                 |

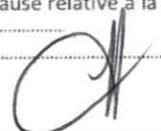
|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
| <b>Dr. EL KHANJAÏI Maroc<br/>Délegation de Nouacef</b>  |  |  |  |
| Date de consultation :  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : <b>OUAKKADI HOUSSNI</b> Age : _____   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| Nature de la maladie : <b>dyg fl - Nerveux</b>  |  |  |  |
| 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.

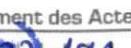
Fait à : **Casab**

Le : **03 108 120**

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  |
| 12/08/2020<br>C                |                   |                       |  |   <p>Dr. EL RHANIAUI Main<br/>Déléguéation de Nouaceur<br/>Ministère de la Santé</p> <p>PROV<br/>INP. 06/007-191</p> |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <b>STEPHARMACIE HAMZA</b><br><u>C. ANCA</u><br>Lotte. Nafatoh Rue S. N° 3 Lot 64<br>Casablanca - Tél: 0522 93 10 28 | 12/05/20 | 972,00                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### **FEUILLÉE 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'ODE.

| SOINS DENTAIRES                      | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|--------------------------------------|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|
|                                      |  |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|                                      |  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|                                      |  |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|                                      |  |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>26633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H   | 26633412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | 00000000 | 00000000 | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
| H                                    | 26633412   | 21433552         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| D                                    | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| B                                    | 35533411   | 11433553         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| G                                    | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|                                      |  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|                                      |  |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|                                      |  |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |

ROYAUME DU MAROC

ministère de la santé  
Délégation Province de Nouaceur



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مندوبيّة إقليم النواصر

Dr. EL RHANJAUI Maria  
Délégation de Nouacer  
Ministère de la santé  
*CACHET DU MEDECIN*

## ORDONNANCE

A ..... le ..... 12/05/2016



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain seba Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain seba Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain seba Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA

Lotis. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain seba Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

Dr. EL RHANJAUI Maria  
Délégation de Nouacer  
Ministère de la santé

