

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

N°: 25555

## Déclaration de Maladie : N° P19-0020032

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2536 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZRAZI Date de naissance : 1980

Adresse : Dr. Khalid Rue 9 E67 (CD) Casablanca

Tél. : 06.63.68a.649 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/04/91

Nom et prénom du malade : RATI RAZI Age : 63 ans

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) :

#### VOLET ADHERENT

## Déclaration de maladie N° P19-0020032

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2536

Nom de l'adhérent(e) : ZRAZI

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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
16/01/2020	Biopsie	1	3000,-	MAPAMED Casablanca
22/01/2020	Biopsie	1	3000,-	MAPAMED Casablanca

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### VOLET ADHERENT

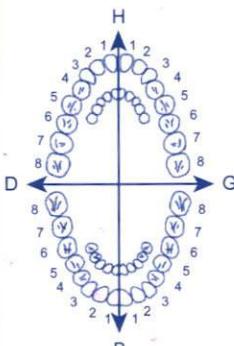
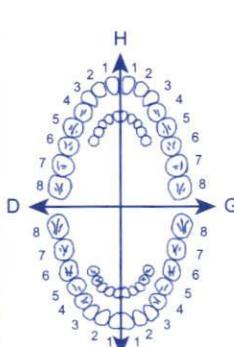
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	$  \begin{array}{r l}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $ <b>B</b>			Coefficient DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL  
EL FIDA MERS SULTAN  
HÔPITAL MOHAMED BAOUANI  
CASABLANCA

الملكية المغربية  
وزاره الصحة  
المركز الإستشفائي العام  
الملك محمد السادس  
مستشفی محمد السادس  
الدار البيضاء

CASABLANCA LE 17/03/2020

ORDONNANCE

وصفة

Mr. RAKIA RAÏSS

II Floxapen 500 mg  
1cp x 21J

pendant 8J

Aspirin 1g 4  
1cp x 3J

7J

Dr. Siham BELHAMA  
Spécialiste en Chirurgie Plastique  
Esthétique, Reconstructrice et Tumorectomie

PPV 116DH40 LOT 9N022 1  
EXP 11/2021



(85x35x35)

AVENUE 2 MARS TEL 0522 -28-77-07 / 0522 28-75-71 شارع 2 مارس 1

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENT  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITAIRE PREFECTORAL  
EL FIDA MERS SULTAN  
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI  
CASABLANCA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
عملة مقلعات القداء مرس السلطان  
المركز الاستشفائي لعملة  
القداء مرس السلطان  
مستشفى محمد بوافق  
دار البيضاء

☎ : 05-22-28-77-07  
05-22-28-75-71

CASABLANCA LE:..... 05/03/2022 الدار البيضاء في:

## ORDONNANCE

N° Rxia RAIS

1) Monocryl 4/0 AT n°1

2) Prolène 6/0 AT n°2

3) Stéril - Strip, 2mm

4) Ether petit Flacon

5) Urgence

Dr. Sihem BELMAA  
Spécialiste en Chirurgie Plastique  
Esthétique, Reconstructrice et Pédiatrique

12 Bis, Rue L'Hérault Face Hôpital Bouaffi  
Casablanca  
Tél: 0522 81 03 52  
MAPAMED

Urgence

Le : 15 JAN 2020

ORDONNANCE

Risasha

Risasha entente

BARKA Mouna  
dermatologie - Vénérologie

Rue Hamdine le 16/01/2020  
au S.A.L à S.H.



# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRISS I

Dr. Latifa BADRE - Pr Hicham EL ATTAR

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : Rais Rhia MR  MME  MLLÉ  ENF

Age : 63 ans

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Une surcharge endocrinienne depuis 3 mois

2) élévation de la ggt

Radiographies :

Bgwu? CBC? anti?

Date : 16 JAN 2020 Signature :

*Dr B. BADRE - Pathologie  
Dermatologie - Venereologie*

# MAPAMED s.a.r.l

S.A.R.L. au Capital de 220 , 000 DH

2 Bis, Rue l'Hérault - Hay Andalous 2

R.C.: 104481 - T.V.A. 2521135 .

Pantete : 34632059 - C.N.S.S. 6175196

Banque SGMB - Agence PASTEUR

Compte N° 11900050 1595674

Tél/Fax: 05 22 81 03 52

CASABLANCA

I.C.E. 0000 39086000038

E-mail : MAPAMED@menara.ma



الأدواء و المعدات الطبية

FOURNITURE ET ACCESSOIRES

MEDICO-CHIRURGICAL

0013182

BON DE LIVRAISON

OU

PAIMENT AU COMPTANT

Casablanca, le

13/02/2008

Mme Bous Rkous

Quantité	DESIGNATION	P.U.	Montant
1	Monoclyt 40ct	120	120
2	polerc 60ct	120	240
2	slr. step 10m	2	40
<b>TOTAL</b>			<b>400</b>

MAPAMED  
12 Bis, Rue l'Hérault Face Hôpital Bouaff  
Tél : 0522 81.03.52 - Casablanca

**CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR**  
**Dr. Hind ALATAWNA**

17, Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Rue bachir Iaalej, App 1 (Tramway, Station Abdelmoumen) Casablanca  
Tél. : 05 22 23 37 50 / 06 66 39 39 60 - Fax : 05 22 23 39 50 - Email : patho.ibnzoehr@gmail.com

Référence : **H00318363**

Référence ant. :

Médecin traitant : Non Préciser

Date réception : 18/03/2020

Date réponse : -

Histologie

Nature prélèvement : Tumeur du bras droit

Total 800,00 Dhs Avance : 800,00 Dhs Reste : 0,00 Dhs

Espèce

Code Patient :

**029387**

Nom & Prénom :

**RAIS RKIA**

Age : **64 ans**

Sexe : **F**

Contenant :

Bloc : 0

Lames : 0

Flacon : 1

Seau : 0

Seringue : 0



Région : Casablanca  
Préfecture : Aïn Chock  
Etablissement sanitaire : CHP AIN CHOCK

## FICHE DE REFERENCE

### Identité du patient :

- ◆ Nom et prénom : Ratis Rkia
- ◆ Age : 56 ans Sexe :  masculin  féminin
- ◆ Identifiant de la CMB ou autres documents \* :
- ◆ Adresse :
- .....

### Motif de référence et lieu du référence :

Unfall mit Schwellung der linken Fuß  
Hôpital Pasteur

### Traitemenr reçu :

.....

.....

.....

### Autres informations utiles :

Nom et Signature du médecin : Dr BARKA Mouna Fait le : 27 JAN. 2020

Dermatologie Vénérologie

Confraternellement

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE

1244

HOPITAL

*Settha P*

VILLE

*Qasr*

Reçu de M

*P. S. S. Rihm*

Quittance N°00594397/J

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
<i>Profession</i>	<i>Ex</i>	
TOTAL		<i>300,40</i>

Cachet du  
Service

*16/01/20*

Le *16/01/20*  
Signature du  
Régisseur

*1*