

ECOMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

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.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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

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.

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0506...*

Société : *RS AFM*

Actif

Pensionné(e)

Autre : *retraité*

Nom & Prénom : *73 Ben - Boudra Jilali*

Date de naissance : *1942*

Adresse : *H4 24 - Abdellah - Rue 197 N° 35*

Tél. : *06 50 56 95 19* Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *18.01.2020*

Nom et prénom du malade : *Jilali Ben boudra*

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.



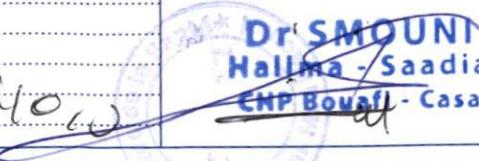
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

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
18/02/2020				
18/02/2020			40,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/02/2020	1015,00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/02/2020	717	127,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

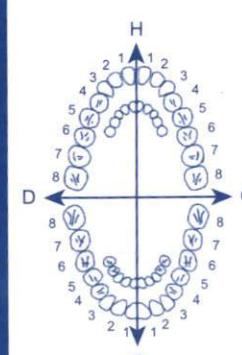
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

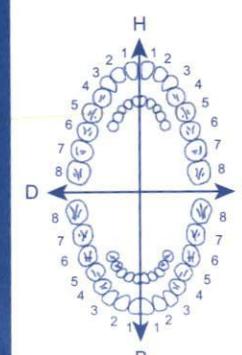
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bila

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
35533411	11433553	



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

OK

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي لعمالة
الudeau مرس السلطان
مستشفى محمد بوافي
الدار البيضاء

BON D'EXAMEN

Mr/Mme : *zibali Benhida*

SERVICE : *urgence*

N° D'ENTREE :

N° D'EXAMEN :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

EXAMEN DEMANDE

Rx de l'epaule G ↗ F

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE

SD
Dr SMOUNI
Haltma - Saadia
LITB Bouafi - Casa

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITAISER PREFCTORAL
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

☎: 05-22-28-77-07
05-22-28-75-71

المملكة المغربية
وزارة الصحة
عملية مقاطعات القادة من بن سلطان
المركز الاستثنائي لصلة
القادة من بن سلطان
مستشاري محمد بوافني
الدار البيضاء

CASABLANCA LE: 18/02/2020 الدار البيضاء في:

ORDONNANCE

Jihel Ben beker

5210

D

Bekri 20g

s. saclat

1g

✓

528

D

Ketur

2,5/gel

✓

Dr. SMOUNI
Hallima Saada
CHP Bouafi - Casa

✓

JAP X



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

المملكة المغربية
 وزارة الصحة
 المركز الاستشفائي لعمالة
 المقادير مرس السلطان
 مستشفى محمد بوعافي
 الدار البيضاء

18.2.2024

CASABLANCA LE:

SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE

NOM :

jlali

PRENOM :

Dr Bedda

DATE :

HEURE :

N° SAU :

12 353

MOTIF DE CONSULTATION :

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

SIGNE :



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

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي لعمالة
القديس مرس السلطان
مستشفى محمد باوافي
الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE

NOM :

PRENOM :

DATE :

HEURE :

N° SAU :

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 Sommē de

Quittance

N° 000092958 A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
17	20	127
Total		

Cachet du

Service

Le

Signature du

Régisseur

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M

La Somme de

Quittance

N°00092956 A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
	20	
Total		400

Cachet du
Servise

Le

18/2/20
Signature du
Régisseur