

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.

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.

Dentaire :

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- 063690

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 793 Société : R.A.M. 46707

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CAID RASSOU Houssein

Date de naissance : 1940

Adresse : CASA

Tél. : 0644696003 Total des frais engagés : Dhs

ACCUEIL 10 NOV. 2020

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/9/2020

Nom et prénom du malade : CAID RASSOU Houssein Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : fracture enf...

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) :

RELEVÉ 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
28/09/20	CH		GF	090001240

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

28.09.2020 85.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

28/09/20 85.40

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

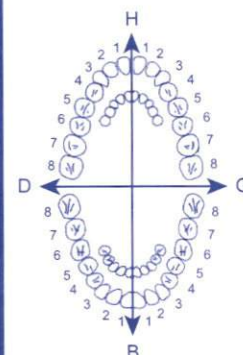
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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
MINISTERE DE LA SANTE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITAIER PREFECTORAL
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

☎ : 05-22-28-77-07
05-22-28-75-71

المملكة المغربية
وزارة الصحة
عائلة مقاطعات الغداء مرس السلطان
المركز الاستشفائي لصحة
الغذاء مرس السلطان
مستشفى محمد بواافي
الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

ORDONNANCE

Pharmas
LOT : 8925
UT.AV : 03-23
PPV : 36DH40

PHARMACIE MOUMEN
LEMSEFFER Mahfoud
Rue 31 N° 47 : 51. Derb Foukara
Casablanca - Tél. 05 22 82 69 00

092644031

85.40

3404



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

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي لعمالة
الفداء مرس السلطان
مستشفى محمد بوافي
الدار البيضاء

BON D'EXAMEN

Mr/Mme :

CAID RASSOY

SERVICE :

N° D'ENTREE :

N° D'EXAMEN :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

EXAMEN DEMANDE

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE

ARRETE
MEDECIN
Sec des Urgences CHP BAOUAFI
Prof. El Fida Mers Sultan



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

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي لمصالة
القدام مرس السلطان
مستشفى محمد بواقي
الدار البيضاء

CASABLANCA LE: 28/12

SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE

NOM: *Card Lina*

PRENOM:

DATE: *04/01*

HEURE:

N° SAU:

MOTIF DE CONSULTATION :

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

SIGNE :

ROYAUME DU MAROC

Quittance

Ministère de la santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M

La Somme de

N°00108983/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
En		
Total		9000

Cachet du
Service

Le 27/9 20

Signature du
Régisseur

ROYAUME