

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## tique :

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](http://www.mupras.com)

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 Hassane

Date de naissance : 1940

Adresse : C.A.S.A.

Tél. 06 44 69 60 03 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/9/2020

Nom et prénom du malade : CAID RASSOU Hassane Age : .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gencive

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
28/02/2023	CA	G1	100000	Signature et cachet du Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LEMSEFFEUR 331 N° 41 - 51-069 Foukara Bianca Tel : 05 22 82 60 00 2044031	28.09.2020	85,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/3/10	82	90 M

#### 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

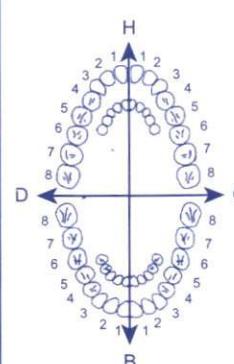
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

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

☎: 05-22-28-77-07  
05-22-28-75-71

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
عملية مقتضيات القداء من السلطان  
المركز الاستشفائي لعمالة  
القادة من السلطان  
ممتلكت عبد بوافني  
الدار البيضاء

CASABLANCA LE: .....

الدار البيضاء في:

ORDONNANCE

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

LOT: 200147  
DU: 04/2023  
DU: 49.0000  
36.00

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

49.00

36.00

85.40

0926-4031

ABDEL YASSINE  
MEDECIN  
Membre CHP BAOUAFI  
Sous das Universitees  
Prof. El Fida Mers Sultan

28 10 2022

Sous Pref. El Fida Mers Sultan

Sous Pref. El Fida Mers Sultan



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

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

### BON D'EXAMEN

Mr/Mme :

N° D'ENTREE :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

EXAMEN DEMANDE

MEDECIN DEMANDEUR

SERVICE :

N° D'EXAMEN :

SIGNATURE DU RESPONSABLE

ABDERRAHMANE MEDECIN  
Sec des Urgences Hôpital  
El Fida Mers Sultan



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 لمسالة  
القادة مرس السلطان  
مستشار محمد بوافي  
الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

28/11

**SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE**

NOM : *Cent Lema* PRÉNOM :

DATE : *14/11* HEURE :

N° SAU : *54501*

**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 Somme de

Quittance

N°00108983/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
20		
Total		9000

Cachet du  
ServiceLe 27/8/20  
Signature du  
Régisseur

ROYAUME