

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 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



Declaration de Maladie

N° P19- 055584

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3719 Société : RAM 136647
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHIEB Abdelkader
Date de naissance : 10/03/1959
Adresse : HAY INARA 1 PVE 26 n°4
CASA
Tél. : 0666726970 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/11/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : X

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

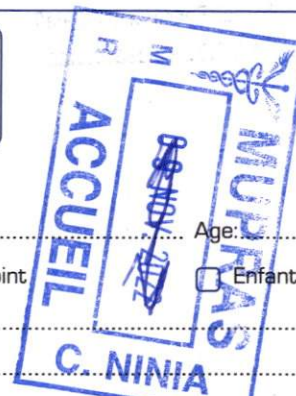
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 06/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

26/11/2022 113,60
01/12/22 300,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

AM PC IM IV 60,-

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

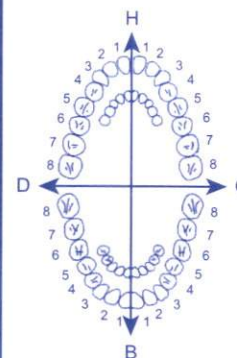
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

(Création, remont, adjonction)

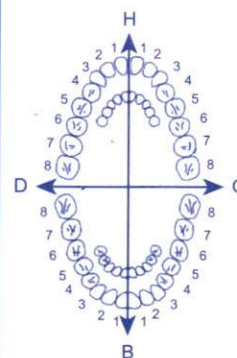
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Quittance

Ministère de la Santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M

La Somme de

N° 00183545/A

| NATURE DE LA RECETTE | Ex. | SOMME |
|----------------------|-----|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Total | | |

Cachet du
Service

Signature du
Régisseur

20



MAPAMED s.a.r.l

FACTURE 0018814

Importation et Distribution
De Matériel Médical
Equipeement Cliniques et
Hôpitaux

Nom ou Raison Sociale

Chihes

Réglement :

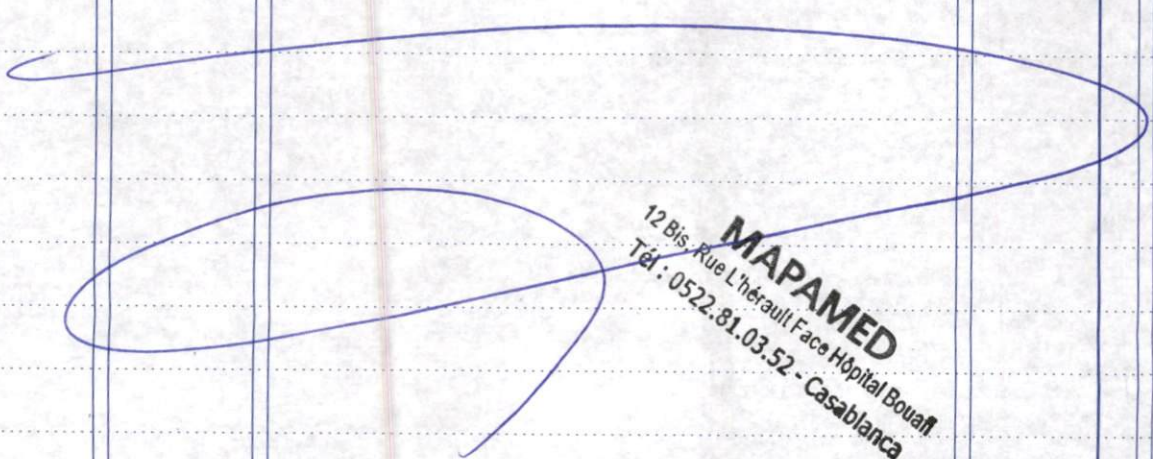
Espèces

Adresse :

Rachida

Date :

05/12/22

| Quantité | Référence | DESIGNATION | Prix Unitaire | Montant |
|--|-----------|---------------|----------------|---------|
| 2 | | Resine 10cm | 120 | 240 |
| 1 | | Scalate 10 cm | 30 | 30 |
| 1 | | perby 10 cm | 30 | 30 |
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Total T.T.C. | 300 |
| T.V.A. 7% | | | Total H.T. 7% | 28,37 |
| T.V.A. 20% | | | Total H.T. 20% | |

La présente facture est arrêtée à la somme de :

Trois cent dh



ORDONNANCE

CACHET DU MEDECIN

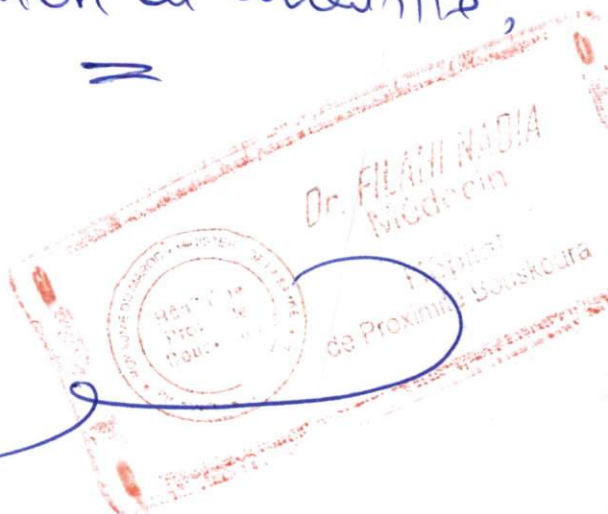
A 06/27/2022

Mr. Chihab Rami

Entorse grave de cheville, suite

⇒ Soins de cheville,

=



FICHE DE REFERENCE N° 0001079

RAMED ☐

AUTRE ☐

IDENTITE DU PATIENT :

- Nom et prénom : Mme el'hab Rachida
- Age : 55 ans Sexe : ☐ masculin ☒ féminin
- Identifiant de la CMB ou autres documents :
- Adresse :

MOTIF DE REFERENCE et Lieu de référence :

ALCS = DNIIS en ADD
HIA en AL
Hydrocéphalie en leuothycos 100g x 2014
Entorse grave de cheville gauche

TRAITEMENT RECU :

Anic tranche
urgence Hôpital Bouskoura

AUTRES INFORMATIONS UTILES :

Nom et signature du médecin

Fait le 06 / 12 / 2018

Confraternellement

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



المملكة المغربية

وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية

مديرية عمالة مقاطعات

الضداء مرس السلطان

الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le

06/11/2022

ORDONNANCE

Chirurgie de la cheville

MAPAMED 3009
12 Bis, Rue L'hérault Face Hôpital Bouafi
Tél : 0522.81.03.52 - Casablanca

pour la

Régler plus la

Novembre 2024
25/11/24

na

22

Traumatisme - Ortopédie



ORDONNANCE

CACHET DU MEDECIN

A 06/22/2022

LOT 22001
PER 04/25
PPV 100DH40

100,40

100,40

251

Chib Radida

Bon A

Up 2

Arik Up

Upa 20

13,80

T 113,60

PHARMACIE CHARABACH KHA SARA
N° 600 LOTS ANBARA 2 AVE. GORDS
ANNCHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 22 70 18



Dr. FILALI NADIA
Médecin
Hôpital
de Proximité Bouskoura