

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7880 Société : RAD ALFIZZIA

Actif  Pensionné(e)  Autre:

Nom & Prénom : EYASSI KHAUD

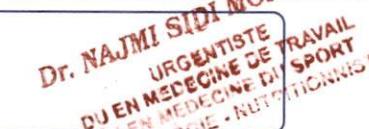
Date de naissance : 19.02.1961

Adresse : 32 lotissement Florida

Tél. : 061.11.29.14 Total des frais engagés : + 69,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/01/23

Nom et prénom du malade : BASMA JOMAA Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie

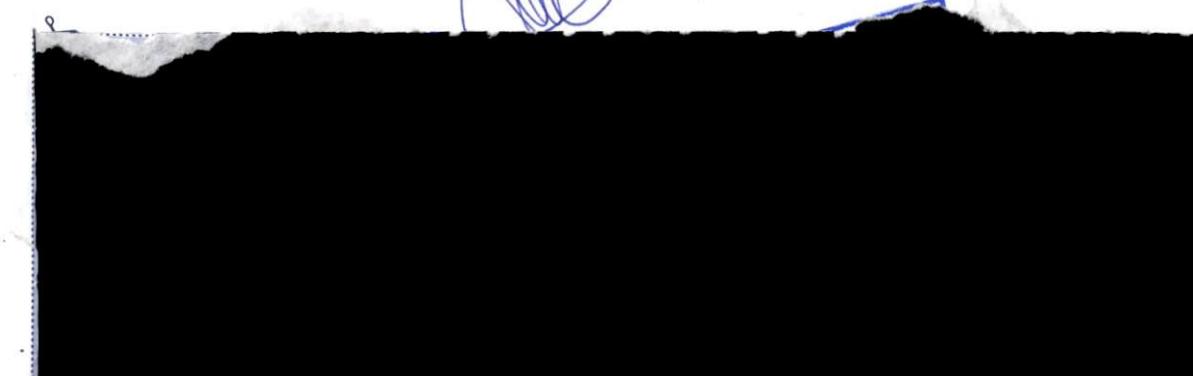
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

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 : CASABLANCA Le : 31 JAN. 2023

Signature de l'adhérent(e) : R. ACESSI Le : 31 JAN. 2023



## **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
2011-23		C.I.	L.O.D.H Service de	   

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE EDDAH MOURAD Kemat. 28/06/28 N°64 Casablanca 33 21 05 01 08 55 03	20-11- 2023	29.00

#### **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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered from 1 to 8 on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a standard dental sequence. Landmarks include the central incisors (1), lateral incisors (2), canines (3), first molars (4), second molars (5), third molars (6), and fourth molars (7). The diagram also shows the anterior pituitary gland (H) at the top, the mandibular condyle (D) on the left, and the posterior pituitary gland (B) at the bottom.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca

CHP MOHAMED BAOUAFI



المملكة المغربية

وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية

مندوبية صحة مقاطعات

النفادة، صور، السلطان

الدار البيضاء

Casablanca le .....

2010-09-23



## ORDONNANCE

LOT : 6064  
UT. AV : 01 - 24  
P.P.V : 29 DH 00

Nauseum 1mg/ml Flacon de 200 ml



6118000-091882

②

Naselli

29.09.



mu + 331

PHARMACIE AL IMAM  
Dr. MEDDAH Mourad  
Hay Lakemat, Rue 28, N°64  
Télé: 05 22 21 33 13  
CS: 05 61 08 55 05

Dr. NAJMI SIDI MOHAMED

DU EN URGENCISTE  
DU EN MÉDECINE DU TRAVAIL  
DU EN MÉDECINE DU SPORT



## Facture Urgence

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM :

Facture Numéro : 2 023 / P / 2 176

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	Débiteur
Index Patient : 17 416	PAYANT
N° Urgence : 2 143	
Nom et prénom : ZAHRA JANAH	
CIN : BK50353	
Adresse : LOT FLORIDA NR 32 SIDI MAAROUF CASA	
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN <b>GÉNÉRALISTE</b> Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 20/01/2023 15:17:14

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
<b>CONSULTATIONS</b>							
CONSULTATION GENERALISTE	C			1,00	40,00	40,00	40,00
<b>Montant Total:</b>							<b>40,00</b>

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 40,00 DHS

20/01/2023 15:18:35

Facture Etablie Par Personnel N° : BOUSHI

Signature du responsable :

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale  
S.A.A  
Admission  
Facturation  
Service des Urgences

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M.

Zahra Jemal

La Somme de

quarante DH

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
CT		
Total .....		4900

Quittance

N° 198028/A

