

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0030836

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : *pay Louma*

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *151641*

Date de naissance : *22 MAR 72*

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : *18 / 01 / 23*

Nom et prénom du malade : *Najat Leshhal* Age:

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0030836

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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
18/04/23	crpsy		100.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18-4-23

253.60



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

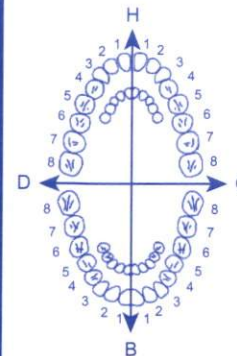
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

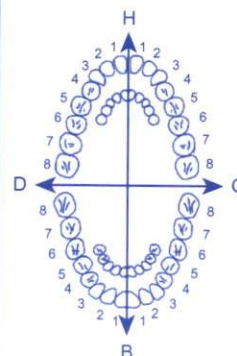
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Facture N° 2023/P/4325

Organisme : ROYALE MAROCAINE D'ASSURANCE



Bénéficiaire			Adhérent	
IP : 395 253	DI : 2 129 709	N° : 8 994 670	Nom et prénom : NAJAT LECHEHAB	
Nom et prénom : NAJAT LECHEHAB			N° Immatriculation : ***	
N° CIN : F201384			N° Affiliation :	
Date Consultation : 18/04/2023 10:51:13			Lien avec l'assuré : LABORATOIRE CENTRA	
Service : PSYCHIATRIE				

Code	Description	Quantité	Prix	Total Net
CNPSY	CONSULTATION D'UN PSYCHIATRE	1,00	100,00	100,00

Arrêtée la présente facture à la somme cent
Dhs et zéro centimes

Total Général : 100,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Créé par : AAZZAOUI

Le : 18/04/2023 10:55:37

Imprimée par : AAZZAOUI

Le : 18/04/2023 10:55:37





Index patient :	395253	رقم التسجيل
Nom patient	NAJAT LECHEHAB	الاسم و النسب
Origine	EXTERNE	الوجهة المرسلة
Rendez-vous	18/04/2023 10:51	الموعد
Consultation	PSY22 : CONSULTATION RESIDENT PSYCHIATRIE DR CHANDAD ANCIEN MALADE DU SPECIALISTE PSYCHIATRIE	الاختصاص
Organisme		التغطية الصحية
Tarif de la consultation	100,00 DH	التسعيرة
Pièces à fournir		الوثائق الضرورية

المرجو منكم الحضور ساعة قبل الموعد مرفوقاً بنسخة من بطاقة التعريف الوطنية للمستفيد .
Prière de se présenter une heure avant l'heure de rendez vous pour régler les frais en apportant une copie de la CIN.

HOPITAL DE LA SANTE MENTALE
ET DES MALADIES PSYCHIATRIQUES



المرکز الإستشفائي الجامعي محمد السادس - وجدة
TCL : +212 05 34 68 11 79 - 05 34 68 11 80
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE MOHAMMED VI. OJDA

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي محمد السادس
وحدة

مستشفى الصحة النفسية
والأمراض العقلية

Hôpital Sans Tabac

وصفة طبية
ORDONNANCE

Oujda, le : 28/04/23

Nom prénom : Les Inconnus

N° de dossier :

Ville :

 $2 \times 126.8 =$

39 52 53

②

No stop sorry

0268

$$\overline{253.60}$$
 $\frac{1}{2}$ 9/1

7

pch 57

Chris

15/11

5



Pharmacie Derb Berrahmoun
MANSOURI Malika
C. Khalil Al Arabi
C. Lazaret

3. Kawa El Khinij Al Arabi
Souk Lakhmiss - Lazare
(derrière hôpital Razi)
Tél : 05 35 74 82 52

DUREE DE TRAITEMENT : 2 mois

RENDEZ-VOUS LE :

مدة العلاج:

الموعد المقبل:

Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc
BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc
Fabriqué par : Pharmaceutical Institute

صاحب الترخيص : سيلا المغرب
ص ب 4491 - 11850 - عين العود - المغرب
يصنع من طرف : معهد الصيدلة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام المقادير المحددة

SUR ORDONNANCE MÉDICALE LISTE I

Composition

Sertraline Chlorhydrate (DCI) 50mg مغ 50.....
Exciipients q.s.p 1 comprimé
التركيبية :
كلوريدرات السيرترالين
مكونات لدل : 1 قرص

NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés sécables

LOT : 400

PER : SEP 2024

PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin.

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une température $\leq 30^{\circ}\text{C}$.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

دواعي الإستعمال و المقادير

اللتزموا بوصفة طبيبكم التزاما دقيقا

شروط الإستعمال

أنظر إلى البشارة داخله

عن طريق الفم

المحافظة

هذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 30°C مئوية أو تعادلها

هذا الدواء في متناول الأطفال

66X20X84
11

Litho Typo

NO-DEP[®] 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT : 416

PER : NOV 2024

PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin.

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une température $\leq 30^{\circ}\text{C}$.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

دواعي الإستعمال و المقادير
التزموا بوصفة طبيبك التزاماً دقيقاً

شروط الإستعمال

أنظر إلى النشرة داخله

عن طريق الفم

المحافظة

يحفظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 30° مئوية أو تعادلها

لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال

OTAUX
PORTS

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
C.H.U Mohammed VI" d'Oujda
Hôpital de la santé mentale et des
maladies psychiatriques

FACTURE

2023/P./4325

QUITTANCE

N° 035907

Reçu du M.

NAJAT LECHENAB

La somme de :

Don D.

Nature de la recette	EX	Sommes
enps	23	100,00
Total		100,00

Cette quittance fournit en un seul exemplaire



Cachet du Service

Régie des
Recettes

Signature Régisseur de Recette

18/04/2023