

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



Mle 7035

Déclaration de Maladie

N° M20- 0007770

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7035 Société : R
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUMMAL LANCEN
Date de naissance : 27-01-1961
Adresse : Bloc 05 N° 307 JIHADA OCHIKI
INZEGANE
Tél. : 0666716970 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Yassine LEMRHARI
RHUMATOLOGUE
INPE: 021254958

Date de consultation : 21/FEV 2024
Nom et prénom du malade : SMADIA Sali Age: 60
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lombosciatique Commune
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

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
21 FEV 2024			60	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL FETOUAKI Dr. M. SOUBKRY Bd. A. Bak, Résidence Assalam Al Attia Ha Bcheira Tél: 05 28 33 84 49 INPE: 42023671	21/02/2024	156,50

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	

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.

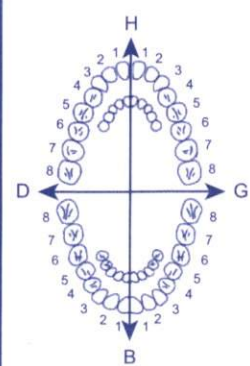
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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

Dr. Yassine LEMRHARI

RHUMATOLOGUE

Centre hospitalier provincial de INEZGANE

21 FEV 2024

ORDONNANCE

Nom/prénom :

Sadi Samia

5. PRINCI B fort cp :

INPE 042023671

1 gél 3 fois par jour pdt 1 mois

6. DUOXOL Cp :

1 Cp 3 fois par jour pdt 7 jours

7. CODALGINE cp :

1 cp 3 fois par jour pdt 10 jours, puis si douleurs

8. ALOXIA 15 mg cp :

1 cp par jour pdt 10 jours, après repas

PHARMACIE AL FETOUARI
Dr. M. SOUBKRY
Bd. A. Bak, Résidence Assalam
Al Khadra Dcheira
Tél: 05 28 33 84 49
INPE: 42023671

Dr. Yassine LEMRHARI
RHUMATOLOGUE
INPE: 021254958

S 1 LEA SOS

DUOXOL

500mg/2mg

دوكسول

Bolita de 20 comprimidos

حبة من 20 قرصا

37,00

PPV

LOT

PER

50,60

43,90

Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Région de Souss-Massa
Province de INEZGANE-AIT MELLOUL
Hôpital Centre Hospitalier Préfectoral
d'INEZGANE

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

والتأمين الاجتماعي

المستشفى المركزي لانهكازان

FACTURE N°



PAYANT18910/24

Code ANAM



040005092

Identification patient

Code IPP



20963510198954

Nom et Prénom du bénéficiaire :

SOLHI SAADIA

CIN :

B740824

N° d'admission :

16662/C/24

Adresse :

DCHERA

Débiteur

Organisme :

PAYANT (Payant)

Nom et prénom de l'assuré :

Lien avec l'assuré

N° d'Individu :

Médecin traitant

Médecin traitant :

Spécialité :

Information

Service :

RHUMATOLOGIE

Motif d'admission :

CONSULTATION DE
SUIVI - PROGRAMMÉE

Date Consultation :

21/02/2024 09:39

Catégorie	Prestation	Date	NGAP	Clé	Coeff	P.U	Qté	Prix Total
Consultation	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE	21/02/2024	CONSULTATION MÉDECIN S PÉCIALISTE	Cs	1	60,00	1	60
Total prestations :								60,00

Montant Total

60,00 Dhs

Montant Organisme

0,00 Dhs

Montant Assurée

60,00 Dhs

Clé	Total
Cs	1

Arrêtée la somme à payer par le Patient au montant de soixante Dirhams

Arrêtée la somme à payer par l'Organisme au montant de zéro Dirhams

Fait à Inezgane, le 21-02-2024 09:40

Signature responsable

Facture établie par

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la protection sociale
Hôpitalier d'Inezgane.

çu de M....
somme de

Nº *Quittance* 0003941 6

Nature de recette	EX	Somme
TOTAL		

Cachet du
Service

Le:

Signature du
Régisseur

