

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6371 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABRI Mohamed

Date de naissance :

1/1/1960

Adresse :

40322 lotissement EL wAFTEH

Dernière

0602 56 1581

Total des frais engagés : 324,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/09/09

Nom et prénom du malade :

SABRI MOHAMED Age : 49

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie de la peau

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

maladie de la peau

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 :

Maroc Le : 09/09/09

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
21/04/2014			Ca/	URGENCES L'UNIVERSITÉ GENÈVE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
A PHARMACIE BENJELLOUN Dr. Saad BENJELLOUN mm. 94, Lot NAFT N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 02 INDE : 06 20 74 810	17.04.24	DR. 177,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/04/24	28	60,62

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
CLARANAS medis Résidence Almier II, Mag. N° 47 Rue Jean Massiacq, Agde-Rabat Tél./Fax : 05 37 67 10 33	17/04/2021				177,00

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.

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

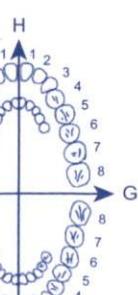
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

INPE: 062074
Dr. Saad BENJILLOUN
Imm. 94, Lot NAFT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 97

Le :
Nom :
Age :

Y A D S A A

SAAD B

51.80

CLARA MIA
Résidence Calme II, N° 47
ASSETA 05 27 67 40 03
Tél: 05 22 51 47 97

LA PHARMACIE REGIONALE

Dr. Saad BENJILLOUN
Imm. 94, Lot NAFT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 97

47, 75

44, 2

146, 30

A PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJILLOUN
Imm. 94, Lot NAFT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 97

A PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJILLOUN
Imm. 94, Lot NAFT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 97

Cachet:

Date de la prochaine visite:

PER.:10 2026
LOT:23E015

SURGAM 200MG
CP SEC B20

P.P.V : [REDACTED]

6
11880001064857


O

e oral
PPU 44 07 H
LOT 11237 FSR 10/25
D-Resistants

ZENITH PHARMA
PPC:4775DH

Serum

RENDEZ-VOUS

RENDEZ-VOUS

....., Le :

(+) Nom : ...
Age :

SANDRA
FADEN

Noor

208

2



Cachet:

Date de la prochaine visite:

.....

CLARAMAS MEDIC

PATENTE :2570184 RC:135035 ICE: 002143445000095 IF:31876943 CNSS:8676861

TAMSNA SAADIA

FACTURE N° : 2024/522

Casablanca

Rabat le : 17/04/2024

N° BL	Référence	Désignation	Qté	PU TTC	Remise	P.T TTC
674/2024	2060400	Attelle Nasale en aluminium Taille Large	1	170,00	0 %	170,00
Total HT		TVA 20%				
141,67		28,33				
					TOTAL NET TTC	170,00

Arrête la présente facture à la somme de :
cent soixante-dix Dirhams et zéro Centimes

CLARAMAS medic
Résidence Palmier II Maj, N° 47
Rue Jaffar Assadiq, Agdal-Rabat
Tél. / fax : 05 37 67 10 33

Mode de règlement	Réf. de règlement	Banque
Espèce	Kenzimed	

RESIDENCE PALMIER II N 47 RUE JAAFAR ASSADIS AGDAL RABAT
EMAIL:CLARAMASMEDIC@GMAIL.COM TEL:0537671033 /0662137655/FAX:0537671033
PATENTE :2570184 RC:135035 ICE 002143445000095 IF:31876943 CNSS:8676861
RIB :181825212111586225000415



FACTURE CONSULTATION

N° Quittance

N° Compte Courant

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Code ANAM : 060004819

Facture Consultation Numéro : 2 024 / P / 16 742

Identification

Index Patient : 60 746

N° Consultation : 131 069

Nom et prénom : SAADIYA TAMESNA

CIN : WA85916

Adresse : DEROUA BERRECHID

Médecin

Sur prescription du : CREF SERVICE RADIO

Spécialité : RADIOLOGIE

Type de consultation : MAXILLAIRE DÉFILÉ, OS PROPRES DU NEZ, ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

Débiteur

PAYANT

Date

Date de consultation : 17/04/2024 15:03:08

Montant : 60,00 DH

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

Montant à payer : 60,00 DHS

17/04/2024 15:03:36

Facture Etablie Par Personnel N°: MERLAH

Signature du responsable :



Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Délégation provinciale de berrchid
Centre Hospitalier Provincial de berrchid S.E.G.M.A

Reçus de M.

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
28		
n°16742/Lu		600
TOTAL		

Quittance:

00143909

