

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

- 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.

Declaration de Maladie

Nº W19-503697



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9020

Société : esam

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHARIDA ADIL

22/06/73

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 2763203

Total des frais engagés :

614,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 19/05/2019 KHARIDA ADIL

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *transit de la maladie*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

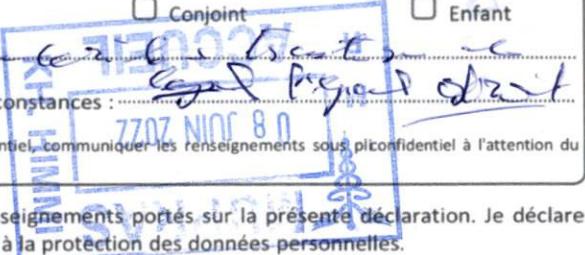
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Paiement des Actes
18/11/2021		1	60,00	INP : []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE CREPUSCULE Rue 56 Lot Hassania II N° CASABLANCA Tél./Fax : 05 22 90 00 47	19/05/2022	554,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
 O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>					H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		
H		G																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																									
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																									
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																									
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																									
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																									
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																									
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									

ROYAUME DU MAROC
 MINISTÈRE DE LA SANTE
 PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
 EL FIDA MERS SULTAN
 CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
 EL FIDA MERS SULTAN
 HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
 CASABLANCA

المملكة المغربية
 وزارة الصحة
 صحة مخاطبتهن القاء من السلطان
 المركز المستشفى لعامة
 القاء من السلطان
 مستشفى محمد السادس
 الدار البيضاء

☎ : 05-22-28-77-07
 05-22-28-75-71

CASABLANCA LE: ١٩ - ٠٤ - ٢٠٢٣
 النار البيضاء في:

ORDONNANCE

GHENWEN EL RHEAN SSA

48,50
 144,50
 289,00

94,00

28,70

22,70
 44,00

554,30

- collyre 2-8
S.V. 30/5 ml
- gelée 90g
S.V. 10/5 ml

PPV: 48DH50
 PER: 01/25
 LOT: K3728

GTIN: 06118001260850
 LOT: 3935
 MFG: 01 2022
 EXP.: 01 2025
 PPV: 94DH50



- Mydoflex 1-2
S.V. 1-1-1
- vitacare 100g
S.V. 1-1-1
- eclop
1-1-1 si le

PPV
 LOT
 PER

28,80

22,00

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE ET
DE LA PROTECTION SOCIALE
DÉLEGATION PREFECTURE
D'ARRONDISSEMENT
AINCHOUCHE
CHP AIN CHOCK



Région Casablanca - Settat

الملكية المغربية
ROYAUME DU MAROC
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
جنة ابن البيضاء سطات

HOPITAL MOHAMED



09/09/2022

ORDONNANCE MÉDICALE

N° GHENNAO EL KITANIA
Tribunal de
Casablanca

→ Mr. Sadiq
Waqeeb Nematullah
B. Arafat.

DR Abdellah SWANE
Traumatolo-Orthopédiste
Hopital Mohamed Benoucif

Signé :

Le :

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M. El Khanss

La Somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>CH</i>		
Total		60,00

Quittance

000151680/A

Cachet du
Servise

1- 19/5/20

Signature du
Régisseur