

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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)

107.2

Matricule : Société : 125364

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN YOUSSEF ABDEL MAJID

Date de naissance :

01/02/1952

Adresse :

Tél. : 06 29 5109 128 Total des frais engagés :

VISITE RADIO
400DH + 11.20,50DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/02/2022

Nom et prénom du malade :

Mme BEN YOUSSEF FATIHA

Age: 55 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature 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 : CASA

Le : 28/04/2022

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
11/07/2021	C		100,00	

~~Dr. SRHIR Mohammed Karim~~

~~Médecin-Psi Thérapie~~

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/07/22	Ra Paigned	119,00

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.

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		Coefficient DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
D	G			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ME ORDONNANCE

Sewynd

FATIMA

G

Le 21/07/22

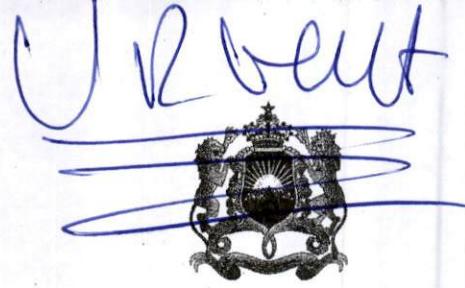
Rd Migneh

Bédy RHL

Dr. SRHIR Mohammed Karim
Médecin Du Travail



Royaume du Maroc
 Ministère de la santé
 et de la Protection Sociale
 Délégation à la préfecture
 des Arrondissements Sidi Bernoussi
 Centre Hospitalier préfectoral
 Hôpital Al Mansour



المملكة المغربية
 +٢٠١٤٣٦١٢٤٥٣٦
 وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية
 ٢٠١٤٣٦١٢٤٥٣٦
 مندوبيه عمالة
 مقاطعات سيدى البرنوصي
 المركز الإستشفائي الإقليمي
 مستشفى المنصور

FICHE DE REFERENCE

IDENTITE DU PATIENT

NOM ET PRENOM :

Mme Béchir m'saf FADHHA

DATE ET HEURE DE REFERENCE :

21/07/22

AGE :

IDENTIFIANT DE LA CMB OU AUTRES DOCUMENTS :

ADRESSE :

Rx permet gelue
 Fracture de l'extrémité distale
 du radius gelue (Pollea Colle)

LIEU DE REFERENCE :

Hôpital Al Mansour

AUTRES INFORMATIONS :

H ALJ

DR. SRHAB MOHAMMED KHALID
 Médecin du travail

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN

CENTRE REFERENCE



NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN

Signature

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Délégation à la préfecture
des Arrondissements Sidi Bernoussi
Centre hospitalier préfectoral
Hôpital Al Mansour

Quittance

445115

/ B

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
C		40000
Total		40000

Cachet du
Service

Le 200

Signature du
Régisseur

21/07/22

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Délégation à la préfecture
des Arrondissements Sidi Bernoussi
Centre hospitalier préfectoral
Hôpital Al Mansour

Quittance

Reçu de M

La somme de

445116 / B

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
Rapport		11200
Total		11200

Cachet du Service

Le 200
Signature du Régisseur