

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHRATIBI

ABDELMALEK

Date de naissance : 1/6/63

Adresse : 15, Rue caïd Ahmed eche

Tél. : 0661973157

Total des frais engagés : 1516 Dhs

25

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 : Asse

Signature de l'adhérent(e) : ay

Le : 16/08/2022

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/08/21			60000	Dr. RHAZZAL Chirurgien Dentiste Hôpital Mère & Enfant
16/08/22				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANGLAIS 16/08/22 RC 310383-1F-15222555	16/08/22	8100

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/08/2022	80 pied	314 = 200 DH
	16/08/22	80 plan	75 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
	16/08/22	AM PC IM	60000

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

### ODF PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

#### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT 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

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

دورة ملوكية مصالحة مقاطعات

نفاد مرس السلطان

لدار البيضا

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le .....

16/08/21

## ORDONNANCE

CHRAZI ZINK 3  
9>

27,00

✓  
PHARMA THERAPEUTIQUE  
28, Bld Houcine Béji  
Anglet 05 22 11 53 91  
Fax : 05 22 11 53 91  
RC : 316363 - IF  
E-mail : t.meds5@hotmail.com



S.

LOT : 1077  
PER : 02/24  
PPV : 27,00 DH

140 X 31,

pol. J

✓

Cet avis est à respecter

✓ 15 X 31:

511.00

77 Alcohol p ~~Pass~~ ~~S.I.D.~~  
811.00 Alcohol

4/14 Band Helper



15 m  
(N.Y.)

Dr HASSAN

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE ET LA  
PROTECTION SOCIALE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL  
MOHAMED BAOUAFI



المملكة المغربية  
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية  
المندوبية السامية لمقاطعات القداء درب السلطان  
المركز الاستشفائي محمد بوعافي

BON D'EXAMEN

Mr/ Mme : CHABASSI ZINEKH Service :

N° D'ENTREE :

N° d'examen :

DATE :

Renseignement  
clinique :

hôte - Riz  
farine - sucre

Examen  
demandé :

Rez pied sol

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE ET LA  
PROTECTION SOCIALE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL  
MOHAMED BAOUAFI



المملكة المغربية  
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية  
المندوبيية النطيرية لمقاطعات الماء درب السلطان  
المركز الاستشفائي محمد باوافي

Mr/ Mme :

Chraibi Zineb

Service :

Mrs

N° D'ENTREE :

N° d'examen :

DATE :

16/08/2022

Renseignement clinique :	
Examen demandé :	

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE





Dr BENNISS Fouad

الدكتور بنيس فؤاد

Pr FATHI Khadija

الأستاذة فتحي خديجة

Dr LARAQÜI BENSOUDA Nadia

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

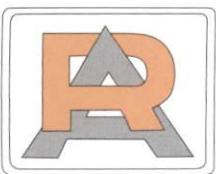
Date : 16/08/2022

Facture N° : 003625/2022

- Nom patient : **CHRAIBI ZINEB**
- Examen(s) réalisé(s) : RX PIED 3/4
- Net à payer T.T.C : 200 DH
- Arrêter la présente facture a la somme de :DEUX CENTS DH
- Mode de règlement : ESPECE

L'adhérent :





Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتور بنسيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Médecin Traitant : .....

Nom du patient : CHRAIBI ZINEB.....

Examen réalisé : RX PIED F ..... Date : 16/08/2022.....

### **COMPTE RENDU**

#### **RESULTATS :**

- Epine calcanéenne
- Absence de lésion traumatique osseuse décelable.
- Aspect radiologique ostéo articulaire normal par ailleurs.



## FACTURE CONSULTATION

Code ANAM : 90005240

N° Compte Courant : 001780002525150110152393

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AL FIDA-MERS SULTAN

N°Facture : 23728

### Identification

Index Patient : 14112004-1-255529

Nom et Prénom : CHARIBI ZINEB

CIN :

Adresse : 02 MARASS

N° Consultation : 24212

### Médecin :

Sur prescription du : Dr. EL RHALI RAHMA

Spécialité: MÉDECINE INTERNE

Type de consultation : CONSULTATION MÉDECIN

SPÉCIALISTE

### Débiteur

PAYANT



### FACTURE IMPAYÉ

### Date :

Date de prise de rendez vous :

Date de consultation : 16/08/2022 13:15:11

Montant Consultation : **60,00DH**

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE : SOIXANTE DIRHAM(S)

16/08/2022 13:15:11

Facture Etablie Par Personnel N° : 226

Signature du responsable :

## FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 90005240

N° Compte Courant : 001780002525150110152393

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AL FIDA-MERS SULTAN

N°Facture : 12387

### Identification :

Index Patient : 14112004-1-255529

N° Examen : 12686

Nom et Prénom : CHARIBI ZINEB

CIN :

Adresse : 02 MARASS

### Lien Parenté :

Nom et Prénom :

N°CIN :

### Débiteur :

PAYANT



FACTURE IMPAYÉ

### Date :

Date Examen : 16/08/2022 13:16:40

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U.	Mt. Ligne
'Actes						
MAIN, POIGNET, AVANT-BRAS, CLAVICULE, PIED, COU- DE-PIED, PÉRONÉ	A100	K		10,00	1,00	75,00
<b>Montant Total :</b>						<b>75,00</b>

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**SOIXANTE-QUINZE DIRHAM(S)**

Montant payé: **75,00**

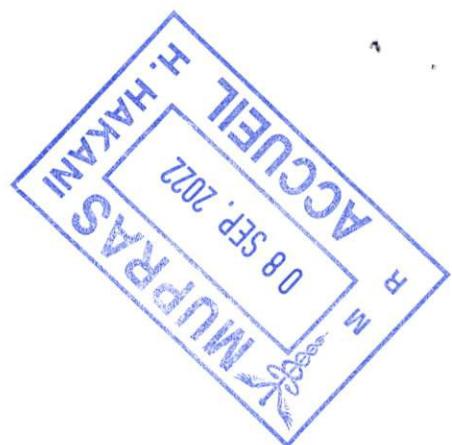
Montant Total : **75,00**

Fait à Al Fida-Mers Sultan le  
 16/08/2022 13:18:35

Signature du responsable :

Bonjour,

Zineb Chraibi était entrain de jouer à la trottinette à la maison. Elle a eu mal à sa jambe avec des douleurs intenses.  
c'était le 17/8/22 le matin.



**ROYAUME DU MAROC**

**Ministère de la santé**

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

**Quittance**

N°00168607/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
Platine		
+ CII Total		135

Cachet du

Servise

Ministère de la Santé

Le

Signature du  
Régisseur

