

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037110

128743

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres


Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDELHALEK
 Date de naissance : 1/6/53
 Adresse : 15, Rue caïd A. Ahmed case
 Tél. : 0661 31 57 Total des frais engagés : 416 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age : 9 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme pied / main
 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 : Ouezzane Le : 16/08/22
 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
16/8/22		CT	601000H	Dr. RHAZZALI
16/8/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/22	8100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/08/2022	la pied 3/4	200 DH
	16/08/22	pld	75 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

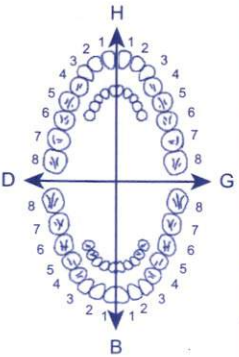
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	16/8/22	AM	PC	IM	IV	601000H

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

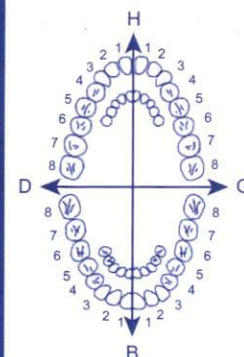
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT 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 و الحماية الاجتماعية

مديرية عمالة مقاطعات

لقداء مرس السلطان

لدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le

16/08/20

ORDONNANCE

CHRAZBI ZWIK B

21.0

1/

PHARMACIE
28, Bld. H. Salomoni
Angle: N. de la Rue
Tel: 05 22 41 53 31
Fax: 05 22 41 53 31
RC: 310383 - IF: 15221925
E-mail: l.med.5@hotmail.com



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

1 p x 3/1

2/

Cetany l Zepach

1 S x 3/1

54.00

Alcool p-
80.0 Alcool



4/X Band Gulp

PHARMACIE L.M.
28, Bis Hup Salomon
Angle rue de la
Tel: 05 22 23 49 95
Fax: 310 383 - IF: 152 27 1985
RC: 310 383 - IF: 152 27 1985
E-mail: l.med.5@hotmail.com

15 cm
(N°1)

D^r HAZAR



BON D'EXAMEN

Mr/ Mme : CHARABER Service : WEB

N° D'ENTREE :

N° d'examen :

DATE :

Renseignement
clinique :

Examen
demande :

DEMANDEUR
MEDECIN DEMANDEUR

RESPONSABLE
SIGNATURE DU RESPONSABLE



BON D'EXAMEN

Mr/ Mme : Chraïbi Zineb

Service :

N° D'ENTREE : N° d'examen :

DATE : 16/08/2022

Renseignement
clinique :

Examen

demande :

Dr. Z. Chraïbi dr 3/4

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE



**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

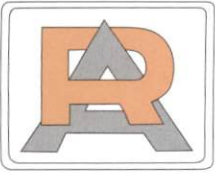
Date : 16/08/2022

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'adherent :

Signature & cachet



**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Médecin Traitant :

Nom du patient : **CHRAIBI ZINEB**

Examen réalisé : **RX PIED F** 16/08/2022

COMPTE RENDU

RESULTATS :

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


**Confraternellement
DR F. BENNISS**


FACTURE CONSULTATION

Code ANAM : 90005240

N° Compte Courant : 001780002525150110152393


TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AL FIDA-MERS SULTAN

N°Facture : 23728

Identification	Débiteur
Index Patient : 14112004-1-255529 Nom et Prénom : CHARIBI ZINEB CIN : Adresse : 02 MARASS N° Consultation : 24212	PAYANT  FACTURE IMPAYÉ
Médecin :	Date :
Sur prescription du : Dr. EL RHALI RAHMA Spécialité: MÉDECINE INTERNE Type de consultation : CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE	Date de prise de rendez vous : Date de consultation : 16/08/2022 13:15:11
Montant Consultation : 60,00DH	
ARRETER LA PRESENTE 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	Débiteur : PAYANT  FACTURE IMPAYÉE
Lien Parenté : Nom et Prénom : N°CIN :	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	75,00
Montant Total :						75,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SOIXANTE-QUINZE DIRHAM(S)

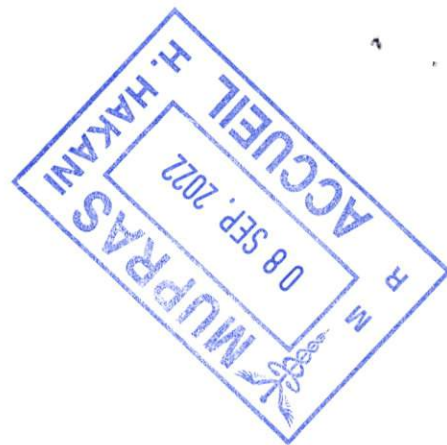
Montant payé: 75,00	Montant Total : 75,00
---------------------	-----------------------

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

Signature du responsable :

Bonjour ,

Zineb Chraïbi était en train de jouer à la
trotinette à la maison . Elle a eu mal à
sa jambe avec des douleurs intense.
c'était le 17/8/22 le matin.



ROYAUME DU MAROC
Ministère de la santé

Quittance

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

N°00168607/A

Reçu de M

La Somme de

Chraïbi, Zineb

Cent trente cinq DH

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
Platine		
+ C II		
Total		135

Cachet du
Service

Le 16/08/2022
Signature du
Régisseur

