

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 : 10349 Société : RAM 117433

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUAFI EL Mostafa

Date de naissance : 27-09-1958

Adresse : la même

Tél. : 0658602864 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : M/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 31.12.123

Signature de l'adhérent(e) : zouafi

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
Mr. B.		CF	400 F	  DR. SAIDI MERZOUK Médecin Généraliste Hôpital Mohamed Bechar Casablanca INPE: 091256990

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie de la Gare Docteur G. Pharmacien 269 Rue de la Gare, Lut, Ouest 2an Tel: 05 27 44 12 50	Mme/22	74,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

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

CHP MOHAMED BAOUAfi



المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

مندوبيّة عمالة مراكش

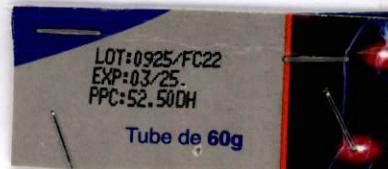
الخدار، مرس السلطان

الدّار البيضاء

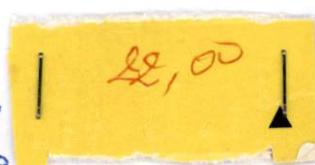
Casablanca le

Mar 18 1984

ORDONNANCE



Pharmacie Derb El Kabir
Mme. Souad SAJID
Docteur en Pharmacie
262, Rue La Croix Lot, Ouled Ziane
Tél : 05.22.80.41.69 - Casablanca



Dr. SAIDI M.
Hôpital Mohamed Ben Youssef Casablanca
INPE: 051256880

22,00

1)

cédo 1

S.V.

2 + 3

52,50

A

Artifex

S.V.

74,50

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 الحالية الاجتماعية
المندوبية السامية لمقاطعات القداء برب السلطان
المركز الاستشفائي محمد بن يحيى

Mr/ Mme : Yousra Zouzki Service :

N° D'ENTREE : N° d'examen : DATE :

BON D'EXAMEN



M/12 Bon

Renseignement
clinique :
.....
.....
.....
.....

Bhx du patient G (N)

Examen
demandé :
.....
.....
.....
.....

Bhx de la tête G

INPE:091256990
Hôpital Mohamed Ben Youssef
Médecin Généraliste
Dr. SAIDI Mertasse

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE

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



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي لعمالة
القديس منس السلطان
مستشار محمد بوالي
الدار البيضاء

Le 30/01/2023

SERVICE RADIOLOGIE

NOM : ZOUAFI PRENOM : NOUSRA

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

R^x de la Ronche A-F
faite le 15/12/22

- Absence de trait de fracture décelable.
- Absence d'anomalie des parties molles





Facture Urgence

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM :	
Facture Numéro : 2 022 / P / 7 086	TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	Débiteur
Index Patient : 10 810 N° Urgence : 6 750 Nom et prénom : YOUSRA ZOUAFI CIN : BL178428 Adresse : 20 RUE 65 DB MANJRA CASA	PAYANT
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 11/12/2022 12:41:09

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
CONSULTATIONS							
CONSULTATION GENERALISTE	C			1,00	40,00	40,00	40,00
Montant Total:							40,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 40,00 DHS

11/12/2022 12:42:40

Facture Etablie Par Personnel N° : CHASAN

Signature du responsable :

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale,
S.A.A.
Admission
Facturation
Service des Urgences



Facture Urgence

N° Quittance

189306/

Code ANAM :	N° Compte Courant
Facture Numéro : 2 022 / P / 7 087	TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	Débiteur
Index Patient : 10 810 N° Urgence : 6 750 Nom et prénom : YOUSRA ZOUAFI CIN : BL178428 Adresse : 20 RUE 65 DB MANJRA CASA	PAYANT
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 11/12/2022 12:41:09

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
RADIOLOGIE STANDARD							
Examen radiologique de la hanche, par côté, deux incidences	T134	Z	15,00	1,00	112,50	112,50	112,50
Montant Total:							112,50

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT DOUZE DHS ET CINQUANTE CENTIMES

Montant à payer : 112,50 DHS

11/12/2022 12:43:22

Facture Etablie Par Personnel N° : CHASAN

Signature du responsable :

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
SAA
Admission
Facturation
Service des Urgences

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M

La Somme de

Quittance

N°00189306/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
CT		
Total		4000

Cachet du
Servise

M 19 20
Le
Signature du
Régisseur



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

N°00

Reçu de

La Somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
En sus		
Total		

Cachet du
Servise

Le _____
Signature du
Regisseur

20

