

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 :	773	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	167487
Nom & Prénom :		AZEM MOHAMED	
Date de naissance :		1947	
Adresse :		144 Rue 18 Jammal 5 CD CASABLANCA	
Tél. :	066 162 72 62	Total des frais engagés :	62,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/06/2023

Age: 73

Nom et prénom du malade :

Hmedani Amin

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleur Articulaire

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

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
10/06/2023	C		22,20	<i>DR. HABIBI - Service des urgences - Hôpital Ben M'sik Casablanca</i>
10/06/2023				
10/06/2023				
10/06/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ZAHRA 54, Boulevard Oods SLAOUI HAMIDA Tel: 06 22 52 39 39 Casablanca	18/06/2023	22,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
35533411	11433553	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 de Ben M'Sick
Centre Hospitalier Préfectoral
Ben M'Sick



المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
مندوبيّة عمالة مقاطعات ابن مسيك
المركز الاستشفائي الإقليمي
ابن مسيك

SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES

N° SAU : 87873 Date : 18/06/23

Nom et Prénom : AMINA Heure :

Cause de l'Urgence : HMIRANI

- AVP

- Violence

- Imprudence

- Maladie

- Brûlures

- Accident de travail

- Accouchement

- Fausse Couche

- Hémorragie

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Délégation préfectorale des
Arrondissements de Ben M'Sik
Centre Hospitalier Préfectoral Ben M'Sik



وزير الصحة والحماية الاجتماعية
+ ٥٢٣ ٨٤٦٥٠٩١ | ٩٣٥٧٥٤٨
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
مندوبيّة عاملة مقاطعات ابن مسيك
المركز الاستشفائي الإقليمي ابن مسيك

Casablanca, le : 18/06/2023

ORDONNANCE

Nom :

Prénom :

Anis Hmidani

PHARMACIE BOULEVARD QODS
SLAOUI HANNA ZAHRA
54, Boulevard El Qods
Tel: 05 27 52 39 39
Casablanca 2020

Codoliprane
Paracétamol / Codeïne
400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables

PPV: 22DH20
PER: 04/25
LOT: M1315

22,20

19 Codoliprane

16 x 3/1

29 Ibfilm po

Dr. FAKHRI Lamine
Médecin Généraliste
Service des urgences
Hôpital ben m'sik-Casa

Cachet et Signature

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Hôpital Préfectoral Ben M'sick

Quittance

Nº 284329

Reçu de M Amine Hmidani

La somme de 40,00

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
C	soit	40,00
Total		40,00

Cachet du Service

Le 18/06/2023

Signature du
Régisseur



Facture Urgence

Nº Quittance

Nº Compte Courant

Code ANAM : 090060542

Facture Numéro : 2 023 / P / 8 147

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	Débiteur
Index Patient : 17 398 Nº Urgence : 9 293 Nom et prénom : AMINA HMIDANI CIN : B301768 Adresse : CASA	PAYANT
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 18/06/2023 10:10:20

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

18/06/2023 11:12:46

Facture Etablie Par Personnel Nº : OTHABO

Signature du responsable :

