

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0056795

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZEM MOHAMED
Date de naissance : 1947
Adresse : 44 Rue 18 Janua 5 CD CASABLANCA
Tél. : 066 1 62 72 62 Total des frais engagés : 62,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/2023
Nom et prénom du malade : Amadou Amin Age : 73
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 Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/06/2023	22,20

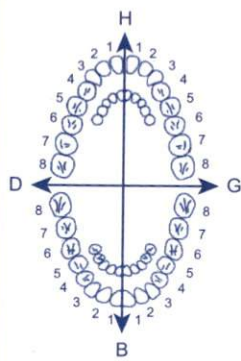
[illegible][illegible]

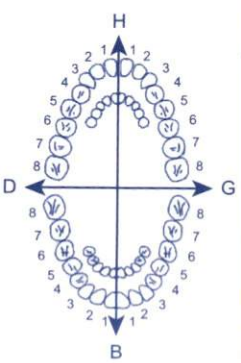
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	G										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

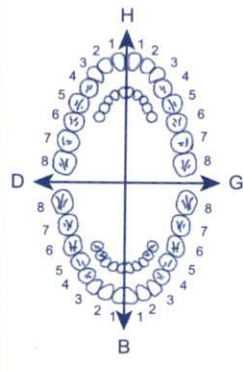
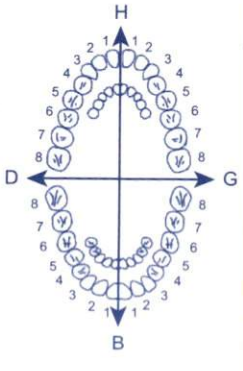
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>		
	[Création, remont, adjonction]		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES

N° SAU : 27873 Date : 18/06/23

Nom et Prénom : AMINA Heure :

Cause de l'Urgence : HMINANT

- AVP

- Violence

- Imprudence

- Maladie

- Brûlures

- Accident de travail

- Accouchement

- Fausse Couche

- Hémorragie



Casablanca, le : 18/06/2023

ORDONNANCE

Nom :

Prénom :

Amin Hindani

Age 73 ans

22,20
19

Codoliprane

PHARMACIE BOULEVARD QODS
SLAOUI HANDE ELHRA
54, Boulevard El Qods
Tél: 05 22 52 39 39
Casablanca

S.V

14 x 3/8

24

Ibuprofène

14 x 2/8

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

Codoliprane
Paracétamol / Codéine
400 mg / 20 mg
16 Comprimés sécables

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

Cachet et Signature

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

Quittance

N^o 284329

Reçu de M

AMINAH MIDANI

La somme de

Quatrecent

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
		40,00
Total		40,00

Cachet du Service

Le 18/06/2023

Signature du
Régisseur



Facture Urgence

N° Quittance

Code ANAM : 090060542

N° Compte Courant

Facture Numéro : 2 023 / P / 8 147

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification

Index Patient : 17 398

N° Urgence : 9 293

Nom et prénom : AMINA HMDANI

CIN : B301768

Adresse : CASA

Débiteur

PAYANT

Médecin

Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE
Type de urgence : MALADIE COMMUNE

Date

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 N° : OTHABO

Signature du responsable :

