

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 : **06938**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HAILOUIA**

ABDEL KOUNITIM adhérit, ados

Date de naissance :

Adresse : **17/02/1962**

Lot - PERIMAR **le B** **N° 08** **2em Etage**

Calipium

Tél. : **052478999**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : **28/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **BILAL**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cahier et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/08/13	CT		42003	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE DES DÀLIAS
Dr. S. BOUAFIHA BOUHLAI Date
492, Bis Bd. Panoramique 347.560
(Montpellier) - Tél: 0522 347.560 24/8/23

Montant de la Facture

27,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/03/2023	2 + 2 no no	150,00

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 plan 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 DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
<p>DATE DU DEVIS</p>														
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>														

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

مندوبية عمالة مقاطعات

القىاد، مرسى السلطان

الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le

ORDONNANCE

فاس ٢٧٥
الدواء
PHARMACIE DES DÁLIAS
D. S. BOUSFIHA BOUHLAI
492, Bis Bd. Panoramique
(Montpellier) - Tél: 0522 527 560



18/09/2018
B. 50



Et,50



Famille 80
MXL

Sheba Sheba

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

مندوبية عمالة مقاطعات

القداء، مرسى السلطان

الدار البيضاء،

CHP MOHAMED BAOUAfi

Casablanca le 24/8/2023

HASSAN ABDELLAOUI
ORDONNANCE

Abdeljalil ASSINE
Médecin
Secteur Urbain Casablanca
CHP Baouafi Casablanca

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

Quittance

N° 00231162/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
CE	23	Y. 23
Total		

Cachet du
ServiceLe 24-08-20
Signature du
Régisseur

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

Quittance

N° 00231163/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
2 + 2	03	15.00
Total		

Cachet du
ServiceLe 24-08-20
Signature du
Régisseur

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



الملكية المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المندوبية المغربية لمقاطعات القداء درب السلطان
المركز الاستشفائي محمد باوافي

Ministère de la Santé et la Protection Sociale
Agence des Affaires Sociales
Faculté de Médecine
Service : *Rue 4773*

Mr / Mme

HAILOUR

Service :

BON D'EXAMEN

DATE :

25 Août 2012

Prise de vue

Renseignement
clinique :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examen
demandé :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

MEDECIN DEMANDEUR



SIGNATURE DU RESPONSABLE