

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

- 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- 0051475

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1047 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL ADOUADI ABDELKADER
Date de naissance : 08-10-1949
Adresse : LAR 60 HAY AMAL
AZEMMOUR
Tél : 0670970128 Total des frais engagés : 263,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Labhairi Soukaina
Médecin Urgentiste
CHP - EL JADIDA

Date de consultation : 30/09/2023
Nom et prénom du malade : Mena Tlouhi Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Traumatisme
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 : EL ADOUADI Le : 30/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : + 08/10/23

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
29/09/23	Actes	112,60	112,60	Dr YABI Ahmed Médecin Vacataire CNSS Agadir INPE: 021074039

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie Mohamed V
324, Bd Mohamed V
Azemmour
Tél : 023 36 70 00

30/09/23

53,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

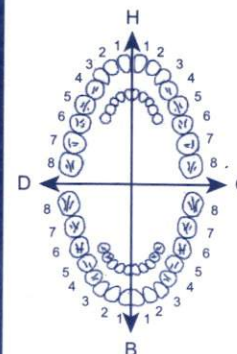
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

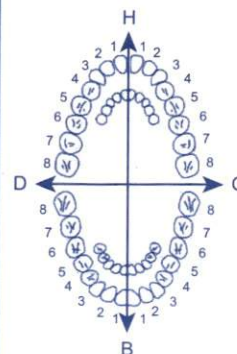
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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



مستشفى بدوون تدخين

ORDONNANCE

Dr. Thine Thoul

30/05/2017



1/ Dine Souj

10p 28



Dr. Khalil Soukaina
Médecin Urgente
CHP - EL JADIDA

®
دي - إن
أندوميثاسين كالسيوم وباريتيدرات

20

50 ملغ

15 قرصا متحلا



للابروفان
LAPROPHAN

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00
EXP 02/2025
LOT 20014 3



Le 30/09/23

Facture N° 82

M: H. TCHING

Quantité

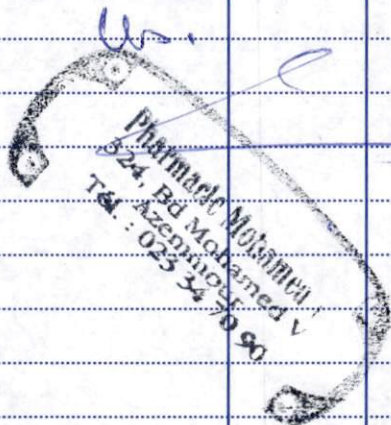
Désignation

P. Unit.

P. Total

1 Dérivé de

53.00



Permanence: 30/09/23

Yohi Minu

- Club d'escalade
PE ou ne der payant

Ru der payant
droit



ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
REGION CASA SETTAT

Centre Hospitalier Provincial
El Jadida



المملكة المغربية
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية
جهة الدار البيضاء سطات

المركز الإستشفائي الإقليمي
الجديدة

مستشفى بدوون تدخين
ORDONNANCE



مستشفى بدون تدخيلة

BON D'EXAMEN

Nom et Prénom : Amr - Tlouk

Service hospitalier :

N° d'Entrée :

Renseignements Cliniques :

.....

.....

.....

30602 / 223

Examens demandés

Va tranche

merc - 06 / 05 / 223

112.50 SH

Medecin traitant

Dr. Leblah Soukaina
Medecin Urgentiste
CHP - EL JADIDA



Agadir, le :

03/10/2023

M :

Youssef Moulay

**SERVICE DES
URGENCES**
24/24

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Phtysiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie- Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscerale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

URGENCES
05 28 82 58 18

Consultation RDV
05 28 82 59 66

Dr. DYABI Ahmed
Medecin Vacataire
CNSS Agadir
INPE: 021076039



N° IPP : 186269	N° SEJOUR : 230066465	FACTURE N° 2305027580		DATE D'ENTREE : 03/10/2023		DATE DE SORTIE : 03/10/2023	
ASSURE :				DESTINATAIRE :			
MALADE : TLOHI,Mina		UF: 5002 URGENCES		TLOHI,Mina			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :					
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 2 :							
REF. PC 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :					
REF. PC 2 :							

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATAION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
FOURNITURES MEDICALES				2.86					0.00	2.86

Intervenant : 20181 DR DYABI AHMED (GENERALISTE)	TOTAUX :	97.86					97.86
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DIX-SEPT DHS ET QUATRE-VINGT SIX CENTIMES	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	97.86		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					

DATE FACTURE : 03/10/2023	EDITEE LE : 03/10/2023	PAR: ANFLOU	ACCIDENT DE TRAVAIL :
VISA			N° DE POLICE :
		DATE AT :	
		Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
		BANQUE :	BMCE - AGADIR
		N° compte bancaire :	011.010.0000.01.210.00.60686.03

