

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.

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. 119840
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL AOUADI ABDELKADER
 Date de naissance : 08-10-1949
 Adresse : Lot 60 Hay Amal A Zemmour
 Tél. : 0670970128 Total des frais engagés : 263,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



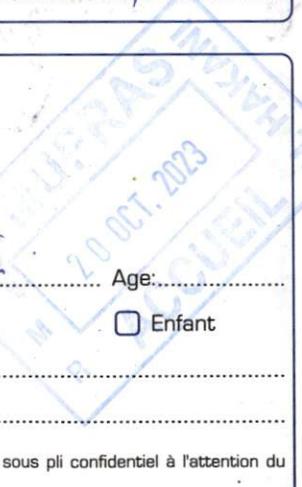
Date de consultation : 30/09/2023
 Nom et prénom du malade : Mene Tlouhi Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 AOUADI Le : 30/09/23
 Signature de l'adhérent(e) :

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			YABI Ahmed Médecin Vacataire CNSS Agadir INPE: 021070039

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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

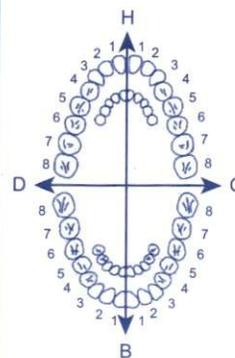
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

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 <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

®
دي-انڊو
انڊوميٽاسين ڪلاسيڪ براڻٽيڊر اٽ

دي-انڊو



50 ملٽي

15 قرصا متما جحلا



لابروڙان
LAPROPHAN

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00
EXP 02/2025
LOT 20014 3



Le 30/09/23

Facture N° 82

M: M. TOHI Minda

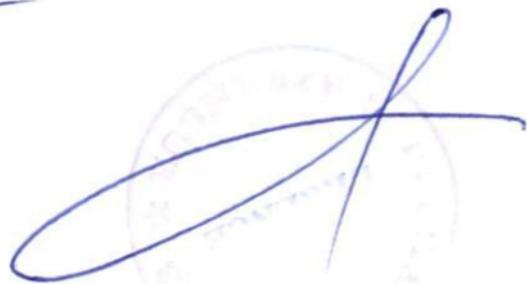
Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
1	Dérivé de ...	53.00	
<p>Pharmacie Mohamed 824, Bd Mohamed V Tél. : 023 34 50 90</p>			

Permanence: 30/09/23

Tréhi Mier

- 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

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE 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 بدون تدخيلة

BON D'EXAMEN

Nom et Prénom : Amr - Tlouk

Service hospitalier :

N° d'Entrée :

Renseignements Cliniques :

.....

.....

.....

112,50 SH

30602 / 223

Examens demandés

Va - tranché

Merc - 06 / 05 / 223

Medecin traitant

Dr. Lebnahri Soukaina
Medecin Urgentiste
CHP - EL JADIDA

Agadir, le:

03/10th 2023

M:

Youssef Moulay

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

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

- DR MANSOUR
Chamouf

4/10/2023
9-1344
=

Dr. DYABI Ahmed
Medecin Vacataire
CNSS Agadir
INPE: 021076039

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

**URGENCES
05 28 82 58 18**

**Consultation RDV
05 28 82 59 66**



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 :	REF. PC 2 :			N° SE. SOC. ETRANG. :						
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
CONSULTATION 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 :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT DIX-SEPT DHS ET QUATRE-VINGT SIX CENTIMES				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 :		
						Réglement 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		

