

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-798721

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 535

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BOUSSILIL Jihali

Date de naissance : 1-1-1965

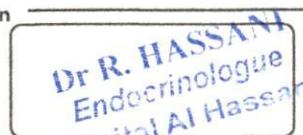
Adresse : Lot 3 NOVR R 8 NB Hay Hassani
C.P. 20230 CASA

Tél. : 0661975485

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2024

Nom et prénom du malade : Boussilil Jihali Age : 59

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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.

31 JAN. 2024

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

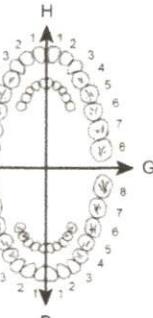
Le : 1/2/2024

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
17/10/2024	CS		600,00	 Dr ISMAÏL HASSANI Endocrinologue Hôpital Al Hassani

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Dr. A. BELANOUANE</i></p> <p><i>HARMAGIE ASMAA</i></p> <p><i>Dr. Asmaa BELANOUANE</i></p> <p><i>at. Nour El Khadid, N° 98 Hay Hassam</i></p> <p><i>Casablanca Tel : 05 22 93 00 41</i></p>	<i>12/12/99</i>	<i>egf, 60</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
						60,00	

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	INP : <input type="text"/>												
																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																



MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT
HAY HASSANI
HOPITAL AL HASSANI



Ordonnance

Casablanca, le 17.11.2004

LOT
EXP
PPV

231318
04 2026
107.60

91,00

pony'li

otarie

1) diamine 60

4 mg/j

107,60

2) May 1:

4 mg
02/02

4 mg/j

107,60

91,00
50,00

3) pralidox

4) jin le jin

دون تدخين
HOPITAL AL HASSANI
Lor anti-tabac n 15-811



Dr D HASSANI

Angle Bd oued sabou et Bd Bouchaib Reddad - Casablanca

tel: 05 22 89 05 56 - Fax: 05 22 89 05 56

50,00

50,00

MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT
HAY HASSANI
HOPITAL AL HASSANI
Casablanca Tel: 05 22 95 00 41



FACTURE CONSULTATION

N° Quittance

N° Compte Courant

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Code ANAM : 090004524

Facture Consultation Numéro : 2 024 / P / 1979

Identification

Index Patient : 1 199

N° Consultation : 62 164

Nom et prénom : JILALI BOUJLIL

CIN : B95641

Adresse : LOT NOUR RUE 8 N8 H H CASA

Médecin

Sur prescription du : DR AL HASSANI RACHIDA

Spécialité : ENDOCRINOLOGIE

Type de consultation : CONSULTATION SPÉCIALISTE

Débiteur

PAYANT

Débiteur

Date

Date de consultation : 17/01/2024 08:39:00

Montant : 60,00 DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : SOIXANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 60,00 DHS

17/01/2024 09:46:17

Facture Etablie Par Personnel N° : EZZKHA

Signature du responsable :



ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M.

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
65		69,00
Total		69,00

Quittance

N° 527375

Cachet du
Service

Le 10/10/2021,

Signature du
Régisseur