

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5149 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FASSINE LATTOUSSINE

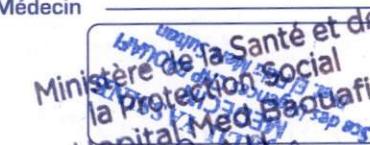
Date de naissance : 01-01-1978

Adresse : 144 Nandy abdelkader Rue : F2 N° 73

Tél. : 0666441369 Total des frais engagés : 317.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/2014

Nom et prénom du malade : LATTOUSSINE FASSINE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Arthralgie

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 : 09/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : JR

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
09/10/2014	C	C9	10000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
Service de Régie	09/11/2024	40,00 DZA
Service Social	09/11/24	52.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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، مرس السلطان

الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAfi

Casablanca le 09/11/2024

LAHOUSET NE
façile

27.50

ORDONNANCE

→ I la flou
ge

COPARANTAL®
400 mg / 20 mg

PPU 25DH20
EXP 10/2024
LOT 160099

27.50

27.50
iy Di Clas (ee
18/11/2024)

25.20

31/10/2024

10
14 x 3

TTC: 52.70
PHARMACIE INES
صيدلية انساس

BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tel 0522 50 24 80

ABDELLALI JASSINE
MEDECIN
Sec des affaires CHP BAOUAfi
Préf. El Fida Mers Sultan

PHARMACIE INES
صيدلية انساس
BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tel 0522 50 24 80



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITALIER PREFECTO
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المركز الاستشفائي لعمالة
القداء منس السلطان
مستشار محمد بوافي
الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE

NOM :

PRENOM :

DATE :

HEURE :

N° SAU :

MOTIF DE CONSULTATION :

- MALADIE
- IMPRUDENCE
- VIOLENCE
- A V P
- A T
- INTOXICATION
- BRULURE
- MATERNITE
- AUTRES



NC 2372

SIGNE :

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



الملكة المغربية
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية
المندوبية الطبية لمقاطعات القداء درب السلطان
المركز الاستشفائي محمد باوافي

Mr/ Mme :

Service :

BON D'EXAMEN

N° D'ENTREE :

N° d'examen :

DATE :



Renseignement
clinique :

Examen
demandé :

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Bouaifi - Casablanca

Reçu de M

La Somme de

Quittance

N°00257557/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
1712320	24	
Total		60,-

Cachet du
Service
Le 9/11/81
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°00257566/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
RIS- 213	24.	
P/2327		
Total		225,00



Cachet du
Service

Le 9/11/2015
Signature du
Régisseur