

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

M22- 0038995

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5149 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FASSINE Lahoussine
 Date de naissance : 01-01-58
 Adresse : 14, Nelly Abdelkader Route N° 73, Casablanca
 Tél. : 0666441369 Total des frais engagés : 317.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/01/2024
 Nom et prénom du malade : LAHOUSSE FASSINE Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Arthrose
 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 : 09/01/2024
 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
09/11/2024	C	C1	400 DH	

Ministère de la Santé
(la Protection Social)
Hôpital Med Baouafi
S.A.U

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricateur

Date

Montant de la Facture

09/11/2024

400,00 D11

09/11/24

52.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

09/11/2024

RX 215
215

225 D11

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

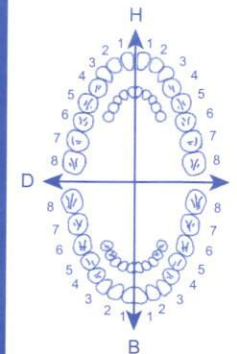
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

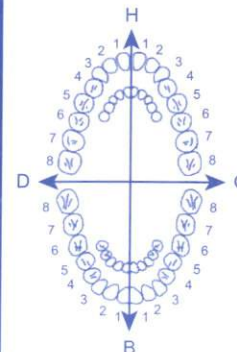
FIN
D'EXECUTION

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

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 و الحماية الاجتماعية

مندوبية عمالة مقاطعات

الضداء مرس السلطان

الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le 09/11/2024

LAHOUSTINE
FAGUE

ORDONNANCE

L. I. F. L. G.

27.50

2 y Diabète

25.20

31

10
14 x 3

Tot = 52.70

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

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Hôpital Mohamed Baouafi
S.A.U.
ABDELJALIL BOSSINE
MEDECIN
Sec des Agences CHP BAOUAFI
Préf. El Fida Mers Sultan

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

27.50

PPU 25DH20
EXP 10/2024
LOT 160093

COPARANTAL®
400 mg / 20 mg

600g
12/11/2024



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

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية
المركز الإستشفائي لعمالة
القضاء مرس السلطان
مستشفى 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



SIGNE :

NC 2372

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



المملكة المغربية
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية
المندوبية الطبية لمقاطعات القضاء درب السلطان
المركز الاستشفائي محمد بواافي

YASSINE BON D'EXAMEN LAMOU 82015
Mr/ Mme : Service :

N° D'ENTREE :

N° d'examen :

DATE :

Renseignement
clinique :

Examen

demande :

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE



ROYAUME DU MAROC

Quittance

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M

La Somme de

N°00257557/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
Ci		
17/2320	24	
Total		49

Cachet du
ServiceLe 20
Signature du
Régisseur

ROYAUME DU MAROC

Quittance

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

N°00257566/A

Reçu de M

La Somme de

La somme de deux cent vingt-cinq mille 250 000 DA

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>RXS</i>		
<i>213</i>		
<i>P/2327</i>	<i>24</i>	
Total		<i>225,000</i>

Cachet du
ServiceLe
Signature du
Régisseur*9/11/2024*