

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.

Biologie 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.

Education :

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

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

Nº P19-0030123

Optique

Autres

(13286)

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4196 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SALOUANE Abdellah

Date de naissance : 15/04/59

Adresse : Rabat

Tél. : 06 63 59 21 15 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

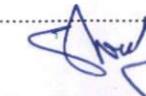
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
16/11/19	Cl	G		EL VICHOURY OUSSAMA MEDECIN Centre des Urgences CHP BAOUAFI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAMARÉA 2 AVENUE CODÉ N° 600 LOTS BAOUAFI 20000 AIN CHOCK - CASABLANCA TELE: 022 5065 10/06 22 102	16/11/19	24.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. W BENNANI RADILOGUE Tél.: 073 20 00 76	16/11/19	SOFT	100

AUXILIAIRES MEDICAUX

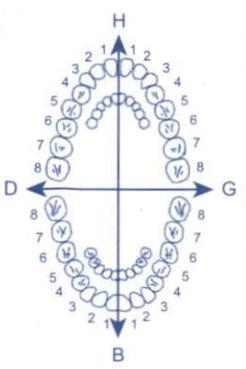
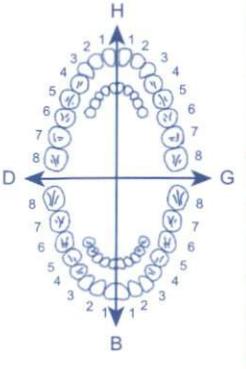
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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				Coefficient des Travaux															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
G																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MÈRE SULTAN
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
EL FIDA MÈRE SULTAN
HÔPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي لصالة
الناظم مدين العطان
مستشفی مهندس بوعاٹ
الظرف اليقظ

CASABLANCA LE : 16/11/61

الدار البيضاء في

رخصة

ORDONNANCE

Dr. El Aoua. GMSS.

M. Beni Beg

Dr. G. R. Khan BS

24/10
PHARMACIE NARM CHENHAGA
N°600 LOTS RAJRAZ AL QODS
AIN DOCK CASABLANCA
TEL: 05 22 10 06 22 21 02 18

Dr. BOUCHOURY OUSSAMA
MEDECIN
Centre des Urgences
C.H.R BAOUAFI

LOT: M19091
EXP: MAI 2022
PPV: 24,00 DH

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
 Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
 Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
 RDV : 0522-50-45-13
 INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	825668	N° SEJOUR :	190050956	FACTURE N° 1903017559			DATE D'ENTREE :	16/11/2019	DATE DE SORTIE :	16/11/2019		
ASSURE :							DESTINATAIRE :	SALOUANE,Sara				
MALADE :	SALOUANE,Sara			UF:	5003 RADIOLOGIE							
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 :	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	
ACTES DE RADIOLOGIE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE												

Intervenant :	46082 DR BENNANI WAFAA	TOTAUX :	150.00							150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR:		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	16/11/2019	EDITEE LE :	19/12/2019	PAR:	MACHHO	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :					
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA					
				BANQUE :		BMCE - INARA					
				N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91					



ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITAIE PREFECTORAL
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA



TMS

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي لعمالة
القداء مرس السلطان
مستشفى محمد بوافي
الدار البيضاء



BON D'EXAMEN

Mr/Mme

S. A. M.

et M.

SERVICE:

N° D'ENTREE :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

EXAMEN DEMANDE



MEDECIN DEMANDEUR

N° D'EXAMEN :

Attestation de la clinique



SIGNATURE DU RESPONSABLE



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 16-1-18

NOM & PRENOM : SALOUANE Sam
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : Rx cheville PP

Pr de fracture vrbl
digit dde de la cheville.

Dr W. BENNAINI
RADILOGUE
TEL: 073.22.60.76

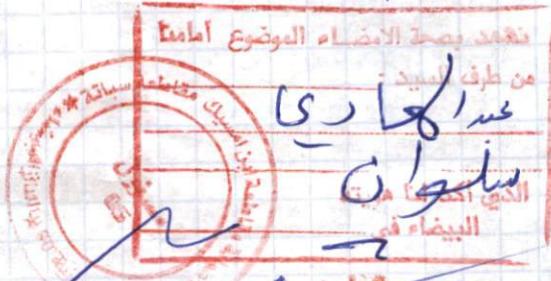
تصريح بالشروع

أنا الموقع أسمه السيد عبد العزادي سلوان أكامل
لبطاقة الوطنية عدد B 529246 أشهد على
نفسني بأن السيد سلوان يجيئه أبني
أني كانت في منزل وسقطت عن السلم
حيث التوقيع لها رجلها البصري وبهذا حضرت
وقتها

أ. د. مختار

Signature

١٢٥٢



أ. د. مختار التحاليل الفيزيائية بالتفويض
Officier d'Etat Civil par délégation
الأمضاء: عبد العزادي الطالعي
Signé: Abdelhadi TALAI

17 DEC 2019