

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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

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 - 8ème 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° P19-0030123

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4196 Société : 13286

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SALOUANE ABDELHAK

Date de naissance : 15/04/59

Adresse : habille

Tél. : 06 63 53 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) :

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
16/11/19	Cu		6	

BOUHOUARY OUSSAMA
MEDECIN
Service des Urgences
CHP BAOUAFI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE CHARIN
N° 600 LOTS HAUTAS 2 AV. AL QODS
Ain Chock, CASABLANCA
Tél: 06 22 50 65 10 / 06 22 21 02 12

16/11/19 24,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Dr. W. BENNANI
RADIOLOGUE
Tél: 06 32 28 00 76

16/11/19 25,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

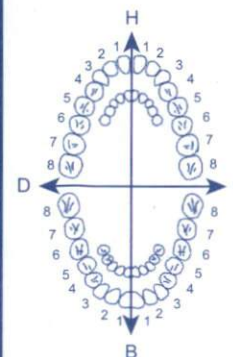
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

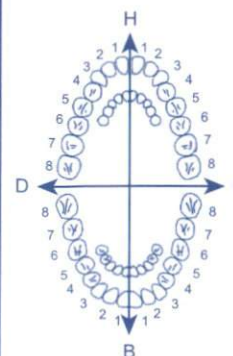
Coefficient des Travaux

Montants des Soins

(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'EXECUTION



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي لصفة
القادم مرس السلطان
مستشفى محمد باوفي
الدار البيضاء

CASABLANCA LE 16/04/2015

ORDONNANCE وصفة

Dr. Elhachemi Elhachemi

1) Bandage

24/10
PHARMACIE PHARM CHEIKH SARAH
N° 600 LOTS ANASSA 2 AV. AL QODS
AIN CHOCK CASABLANCA
TEL: 05 22 66 65 10 / 06 22 21 02 18

M. BOUCHOUARY OUSSAMA
MEDECIN
Centre des Urgences
CHP 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 :								
MALADE : SALOUANE, Sara		SALOUANE, Sara								
NOM JEUNE FILLE :		UF: 5003 RADIOLOGIE								
TIERS PAYANT 1 :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
REF. PC 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
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 ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : 46082 DR BENNANI WAFAA				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				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						



TMG

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

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

BON D'EXAMEN

Mr/Mme :

Signature

SERVICE :

Service

N° D'ENTREE :

N° D'EXAMEN :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

EXAMEN DEMANDE



de la clinique
diagnostic

D. BOUCHOUARY OUSSAMA
 MEDECIN
 Service des Urgences
 C.H. BAOUAFI

Signature
 DR. W. BENNANI
 RADILOGUE
 Tél: 073.22.60.76

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 16-11-18

NOM & PRENOM : SALOUANE Sam
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : Pa d'urine Vvbl

Pa de future Vvbl
d'urine de la cheville.

Dr W. BENNANI
RADIOLOGUE
Tél.: 073.22.60.76

تصريح بالشرف

انا الموقع اسفله السيد عبد الهادي سلوان الكامل
للبطاقة الوطنية عدد B 529246 استند على
نقسي بأن السيد سارة سلوان بصفها ابني
انها كانت في المنزل وسقطت من السلم
عنت التوت كما رطبها اليمنى وبعد هضرة
موقعت

الامضاء
لست

17502



ضابط الحالة المدنية بالتفويض
Officier d'Etat civil par délégation
الإمضاء : عبد الهادي الطالعي
Signé: Abdelhadi TALAI

17 DEC 2019