

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

N° M21- 0036372

79 381

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4671

Société : RAC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Berdoui Omar

Date de naissance : 16-9-1951

Adresse : habituel

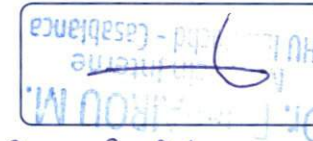
Tél. 0603519191

Total des frais engagés : 251,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/2021

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 : Dénoua

Le : 27/07/2021

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
16/12/21	C		69,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMUMA 244 lotissement el wafaa Deraa Tél. 05.22.53.29.50 Fax 05.22.53.29.50	16/12/21	79,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. RHEBANI M. Médecin dentiste	16/12/21	AS	109,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

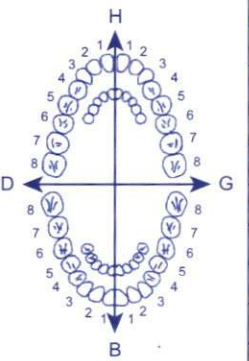
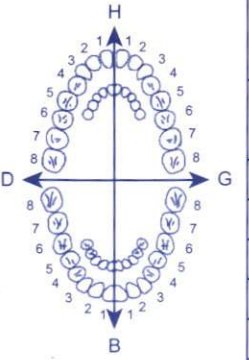
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IBN ROCHD
الدار البيضاء - Casablanca

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac

Fumer tue

مستشفى بدون تدخين

التدخين يقتل

Casablanca, le :

16/07/2024

ORDONNANCE

Docteur :

OMAR

BER DAULT

79.10

①

Rectolot

Zapp/s

79.10

Dr. EL ABBASSI
Médecin Interne
CHU Ibn Rochd - Casablanca

LOT



PPC:

210009

2024/01

79,50 DH

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. :

05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 9



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

BILLET D'EXAMEN

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Date : 16/07/2024

Prénoms et Nom du Malade :

Ben doui sm au

Service :

N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
ASP	

Dr. CHEBAIROU M.
Le Médecin Traitant
Médecin Interne
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd - Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83

**SERVICE D'ACCUEIL
DES URGENCES**

N° d'admission : 86113

Date : 16/07/2020 Heure : 18h15

Nom et prénom : OMAR Age :

Adresse : BERDADOU

Motif d'Admission :

Traumatisme ☐

- AVP ☐
- AT ☐
- Violence ☐
- Imprudence ☐
- Autres ☐

Médical ☒
Chirurgical ☐
Brûlure ☐
Intoxication ☐
Autres ☐

consulte P28
Chirurgical
général

Radiographie :

Âge = 69 ans ATCD =

- chirurgie à cœur ouvert
- Diabète sous insulinothérapie
- Hyperkaldémie

Diagnostic & traitement :

- patient se présente pour une constipation depuis 2 semaines sans rectorragies ni autres signes associés.

à l'examen clinique : patient conscient stable sur la plan HD et respiratoire avec distension abdominale

ASP
CAT = avis viscéral

Avis Viscéral

Age = 69 ans ATCD DTG, HTA, HbA1c

Patient se présente pour constipation isolée

Rendez-vous de consultation le : à Heures

depuis 2 semaines sans autre traitement

Médecin traitant:

de consultation = D'UR

Signature et Cachet

Alexandre hyper mése de Surobi chet

RAS / ASP = RAS ; absence de HTA

CS flexion aduise (Constipation)

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance Hôpital Ibn Rochd

Formation :.....

Reçu de M :

La somme de

№ 580954

le 6/7/21

Signature du
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Total	690

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation : OMAR BERDADI

Reçu de M :

La somme de :

N° 580958

le

16/7/21
Signature du
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<u>Rx ASB</u>	
Total	<u>179,50</u>