

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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 caractère personnel.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

MUPRAS  
RECEPTION

Matricule : 4671 Société : RACY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Berdaoui Omael

Date de naissance :

16 - 9 - 1951

Adresse :

halituelle

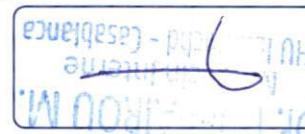
Tél. :

0603513191

Total des frais engagés : 25.100 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 : Dénouai

Le : 27/07/2021

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
16/12/21	C		69,70	DRHEBACH DRHEBACH MEDECIN URGENCE DC RHEUMA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OULMOUAD 244 TOULOUSE Belvédère 05.22.53.00.00	16/12/21	79,70

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DRHEBACH DRHEBACH	16/12/21	Ad ASR	112,70

### 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 :

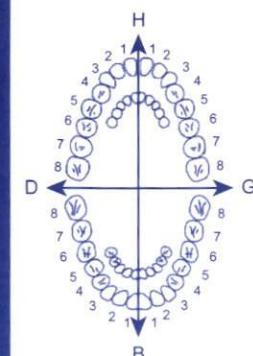
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

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
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 : 16/09/2024

## ORDONNANCE

Docteur : .....

PHARMACIE EL OUMOUMA  
ZAKA OISSSEMENT EL WELFAA  
Distroe Fix : 05.22.53.20.54

OMAR BERDAOUI

PHARMACIE EL OUMOUMA  
ZAKA OISSSEMENT EL WELFAA  
Distroe Fix : 05.22.53.20.54

① Redo Zapp/S

Dr. EL ABBASSI I.  
Médecin Interne  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

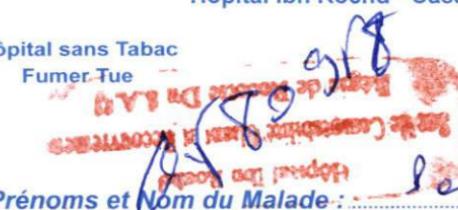
LOT : 210009  
2024/01  
PPC : 79,50 DH

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

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



Hôpital sans Tabac  
 Fumer Tue


 16/07/2004  
 Office de l'arrêt du tabac  
 Hôpital Ibn Rochd

Prénoms et Nom du Malade : Elou eloum om au

Service : ..... N° d'Admission : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
A S P	


 Le Médecin Traitant  
 Médecin Interne  
 CHU Ibn Rochd - Casablanca

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

Fax : 05 22 29 94 83

مستشفى بدون تدخين  
 التدخين يقتل

Date : 16/07/2004



IBN ROCHD  
ابن رشد  
اللارايلبضاء  
Casablanca

المركز الاستشفياني الجامعي ابن رشد  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
مستشفى ابن رشد  
Hôpital Ibn Rochd



## SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

N° d'admission : 86113

Date : 16/07/2020 Heure : 18:00

Nom et prénom : Omar Age : .....

Adresse : B2 E D DAOUD

### Motif d'Admission :

Traumatisme

- AVP
- AT
- Violence
- Imprudence
- Autres

Médical   
Chirurgical   
Brûlure   
Intoxication   
Autres

*controle -  
dyspnée  
générale*

Radiographie :

Age = 69 ans ATCD =

- chirurgie à cœur ouvert
- diabète sous insulinothérapie
- hypertension artérielle sans HT

Diagnostic & traitement :

patient se présente pour une constipation depuis 2 semaines. sans rectorragie, ni autres signes associés.

à l'examen clinique : patient conscient

PS 115 stable sur le plan HJ et respiratoire  
avec distension abdominale  
TA = FC

CAT = ASR avis viscéral

Analyses :

Age = 69 ans, ATCD STG, antécédent HJA, HTA

Rendez-vous de consultation le :

à Heures

Depuis 2 semaines, pas d'antécédent de gaz, ni

Médecin traitant:

de Dossard à l'Hôpital

Signature et Cachet

A/lem = Alain Lemay préma Jh Suden date  
17/08/2018 (ASR = RAS ; ohne de KFA)  
ce résultat indique (constipation)

## Ministère de la Santé

C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance

Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

OMAR BENKADA ouf

N° 580954

16/7/91

Signature du  
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
C	
Total	60900 C

Ministère de la Santé

C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance

Hôpital Ibn Rochd

Formation :

OMAR BEN SAÏDI

Reçu de M :

Nº 580958

La somme de :

CENT DIX MARS ROU

le 16/12/1981

Signature du  
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Rx ASB	
Total	109,50