

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.

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

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- 06499

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2153 Société : 111957

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELBYAR Mohamed

Date de naissance : 03/09/49

Adresse : C 884

Tél. 0668852519 Total des frais engagés : 9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IRONDI Oumkeltoum
Médecin Interne
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation : 05/02/2022

Nom et prénom du malade : EL BYAR Mohammed Age : 73 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Corps étranger de l'œil dt

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) : ACCUEIL

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
05.12.2022	G + C		160,00	Dr. IRONDI Oumkeltoum Médecin Interne CHU Ibn Rochd - Casablanca
05.12.22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

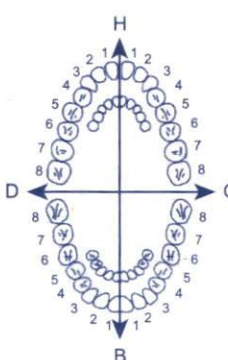
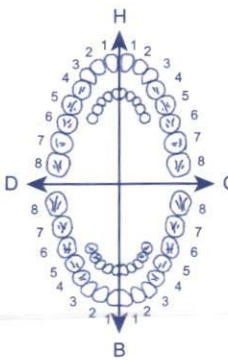
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



**Hôpital sans Tabac
Fumer tue**

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

**URGENCES
OPHTALMOLOGIQUES**

Date 5/2/2022 Heure : 13h24

Médecin traitant : (cachet)

N° Quittance :

N° Admission :

5654

Identité : Mohammed El Byar

Age : 1949

Antécédents :

Circonstances :

☐ AVP ☒ Accident de travail ☐ Agression ☐ Imprudence ☐ Maladie

Diagnostic :

CE/opht-

Examen clinique

Age : 1949

ATCD : RAS

DC : CE OBC

À l'ex : CE mélanopie cancer cœlon

Examen para clinique :

CAT : Ablation faite

large + tota medical

DR. ANNDI OUMAR
Medecin Interne
CHU de Niamey

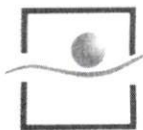
CAT :

Autres :

Avis Interservice :

Pansement :

RDV consultation du Service d'Ophtalmologie le : à h



Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital 20 Août 1953



090004474

FACTURE N° HDJ 3941 / 2022

N° PATIENT: 3941

Service d'Admission URGENCE OPH A

Prénoms - Nom du (de la) Patient(e) MOHAMED ELBYAR

Fils ou Fille de Et de

Date de naissance 03/04/1949

Lieu de naissance

Situation familiale

Profession.....

Nationalité..... MAROC

Date d'entree..... 05/02/2022

Adresse..... CASABLANCA

Ville de provenance..... Casablanca

Mode de règlement (1)..... PAYANT

Date de réalisation:

I- Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Service	Montant
Corps étrangers superficiels non transfi		K	10	1	1	-	100,00
CONSULTATION PROF ASS	60	;	;	0 ; 0	1	1 URGENCE OPH	60,00

Total Clinique:

160,00

II- Pharmacie

Total Facture	160,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer (1)	160,00
NET à payer (2)	0,00



Arrêtée la présente facture le 05/02/2022

au montant de: cent soixante Dirhams

RIB : 310 780 100 302 400 411 030 135

(1) : patient

(2): organisme tiers payant

Utilisateur : amira

samedi 5 février 2022

Page 1 sur 1



Cachet du bureau de la
facturation

N°quittance et cachet du
regisseur

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

Quittance
Hopital 20 Aout 1953
0017686

Formation : Mohamed el Bayar
Reçu de M :
La somme de : Cent soixante

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<u>C5 + C50PH</u>	
Total	<u>160,00</u>

le 05.2.22

Signature du
Régisseur et Cachet

REGISTRE DES LIQUIDATIONS
HOPITAL
1953