

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.

Radiologie 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 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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 000544

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3148 Société : 158394
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUNAIN Abdelah
Date de naissance : 01/10/54
Adresse : 4 Rue Turgot Racine
Tél. : 0664 853337 Total des frais engagés : 1660,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BOUNAIN ABDELIAH Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : HTA - Hypertension
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 : CASABLANCA Le : 15/04/23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

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
15/04/23	1	1	52000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur :  Date : 15/04/23 Montant de la Facture : 1669,00

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 : AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

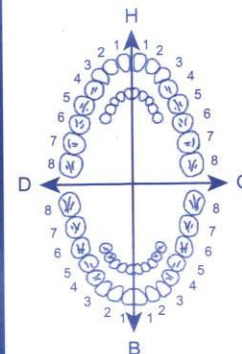
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

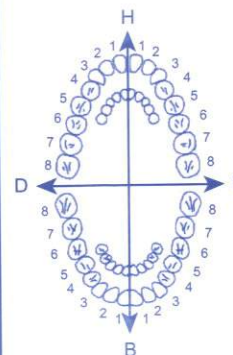
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



IBN ROCHD
Casablanca

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

PHARMACIE DANFA
LAHLOU NABU KHALIS
75, Place Oued El-Makhazine
des 3 Rois (ex-Place de Verdun)
Tél: 05 22 27 38 49 - Casablanca

Casablanca, le : 15/04/23

ORDONNANCE

Docteur :

Dr BOUSFIHA ABDELILAH

- Taneg 160
721.20 1 - 0 - 0

1800 x 4

970 levothyrox 100

4 mois

514.80
Cassibus 600

2440 x 4

29840 1 - 0 - 0
- UN-Alpha 0.25

4 mois

2800 1 - 0 - 0
- Dopamine 1g

16 mois

7460 x 4

1 - 1 - 1

4 mois

1400 x 2

1660.00

Dr. A. BOUSFIHA
MEDECIN ADDICTOLOGUE

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Lot: C78719
EXP: 01 2024
PPV: 74 DH 60
070526

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Lot: C81179
EXP: 02 2024
PPV: 74 DH 60
070526

PPV: 14DH00
PER: 06/24
LOT: K1536

Lot: C78719
EXP: 01 2024
PPV: 74 DH 60
070526

Lot: C78719
EXP: 01 2024
PPV: 74 DH 60
070526

PPV: 14DH00
PER: 06/24
LOT: K1536

6118001030309
TAREG 160 mg
28 comprimés pelliculés
PPV: 180.30 DH

CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D₃)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30
PPV: 128,70 Dhs
6 118001 440061

6118001030309
TAREG 160 mg
28 comprimés pelliculés
PPV: 180.30 DH

6118001030309
TAREG 160 mg
28 comprimés pelliculés
PPV: 180.30 DH

CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D₃)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30
PPV: 128,70 Dhs
6 118001 440061

6118001030309
TAREG 160 mg
28 comprimés pelliculés
PPV: 180.30 DH

CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D₃)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30
PPV: 128,70 Dhs
6 118001 440061

CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D₃)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30
PPV: 128,70 Dhs
6 118001 440061