

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'...
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-014321

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1655

Société : Letraite 1

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouziane Ahmed

Date de naissance : 6-01-1951

Adresse : 461 Lotissement Laymoune Casablanca

Tél. : 06 72 213 729

Total des frais engagés : 266,50 + 300 = 566,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Joutei Hassani Mohammed
Professeur Agrégé en
gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

19/10/2023	C3		300	
------------	----	--	-----	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

19/10/2023

59018994

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

A M

P C

I M

I V

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 :

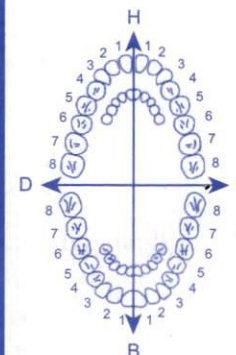
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
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



LOT: 23E001
PER: 06 2025
DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V: 45DH40



6 118000 010494

ORDONNANCE

LOT: 23E007
PER: 10 2025
DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V: 45DH40



6 118000 010494

EMULSION REPARATRICE

LOT: DVR10
EXP: 09/2026
PPC: 187.00DH

187.00

AMAX

19/10/2023

N° 10312 ne
Ammg

LOT: 23E004
PER: 09 2025

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V: 45DH40



6 118000 010494

1 AMP x 3

45.00

Dylolec

1 - 1 - 1

14.50 + 19.60 x 2

x 22

Rem enoflon

Rem enoflon de pndre x 2

590160

Professeur Ag...
gastro-entéro...
Rochd - C...

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

Hemofast®
Pommade

19,60

14,50

Hemofast®
Pommade

19,60

14,50

22 x 14,



ORDONNANCE

10/10/23

FORZNE
Ames

Dyspepsie + Gastrite

FoGD +
Colosque

Tahiri Joutei Hassani Mohammed
Professeur Agrégé en
gastro-entérologie
Hôpital Rochd - Casablanca



ORDONNANCE

19/06/21
Houssni
Amor

1) NFS
2) heu cher

Tahiri Boulei Hassan Mohammed
Professeur Agrégé en
gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 28650 / 2023 du 19/10/23

Nom patient **BOUZIANE AHMED**
PAYANT

Entrée 19/10/23
Sortie 19/10/23

CONSULTATION PR TAHI

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CONSULTA	1.00		50.00	50.00
			Sous-Total	50.00
Total Clinique				50.00

PR. TAHIRI JOUTEI HAS (gastro-enterolog) CONSULTA	1.00		250.00	250.00
			Sous-Total	250.00
Total Autres prestations				250.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Tahir Joutei Hassani Mohammed
Professeur Agrégé en
gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca
RC: 381781 - 1171

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 Fax 05 22 25 00 01
(L.9)

CLINIQUE AL MADINA
MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : PR. TAHIRI JOUTEI HASSANI MOHAMMED

N° : 2310191440542790 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23J191440	BOUZIANE AHMED	19/10/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : WIDAD

Tahiri Joutei Hassani Mohammed
Professeur Agrégé en
gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. 05 22 77 40 99 (L.G)
Fax 05 22 25 00 01