

# 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

- 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'...  
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 :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : Bouziane Ahmed  
 Date de naissance : 6-01-1951  
 Adresse : 461 lotissement laymoune Casablanca  
 Tél. : 0672213729 Total des frais engagés : 266,50 + 300 = 566,50 Dhs

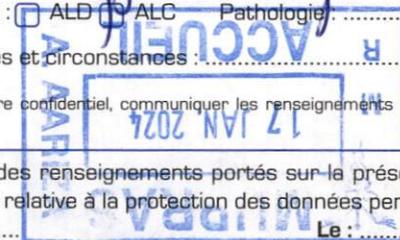
### Cadre réservé au Médecin

Professeur Joutei Hassani Mohammed  
 Professeur Agrégé en gastro-entérologie  
 CHU Ibn Rochd Casablanca  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Affection aiguë  
 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	

Houlei Hassani Mohammed  
 Professeur Agrégé en gastro-entérologie  
 Clinique Rochd - Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/2023	590180

PHARMACIE LAIMOUN  
 466 Avenue Mohammed VI  
 Casablanca - Tél: 381781 - TP: 3823297 - Fax: 381781

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

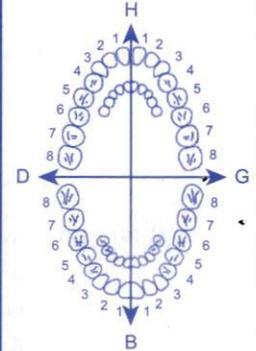
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 l'ODF.

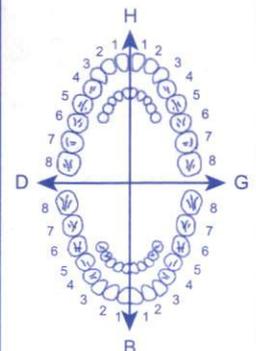
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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 <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



LOT: 23E001  
DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V: 45DH40  
6 118000 010494

LOT: 23E007  
DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V: 45DH40  
6 118000 010494

**ORDONNANCE**

19/10/2023

N° 5032 ne  
Ammg

LOT: 23E004  
DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V: 45DH40  
6 118000 010494

EMULSION REPARATRICE  
LOT: DYR10  
EXP: 09/2026  
PPC: 187.00DH

187.00

ADAX

LAMP x 3

Dylolec

1 - 1 - 1  
16,50 + 19,60 x 2

PHARMACIE LAMOU  
Lot. Allaymoune Lissasfa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 94 94  
0: 381781 - TP: 3629320

PHARMACIE LAMOU  
466, Lot. Allaymoune Lissasfa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 94 94  
0: 381781 - TP: 3629320

Item enof bon type  
bouteille de p... 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

FORZANI  
ARMER

Dyspepsie + Gastrite

FoGD +  
Colopathie

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



ORDONNANCE

19/06/23  
Houssain  
Attouf

1) NFS  
2) hee cher

Tahiri Outei 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 <small>CONSULTA</small>	1.00		50.00	50.00
			<i>Sous-Total</i>	<b>50.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>50.00</b>

PR. TAHIRI JOUTEI HAS (gastro-enterolog) <small>CONSULTA</small>	1.00		250.00	250.00
			<i>Sous-Total</i>	<b>250.00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>250.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300.00**

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

RC: 381781 - 1177 - 2019/10/19/2023

Tahiri Joutei Hassani Mohammed  
Professeur Agrégé en  
gastro-entérologie  
CHU Iba Rachid - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA  
CAISSE  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 & 05 22 77 77 40 (L9)  
Fax 05 22 25 00 01

## 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