

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-821842

194479

9 C

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9070			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL GARI SANAÉ			
Date de naissance : 07/03/1966			
Adresse : Secteur 19 TS Rue Babâne NR 8 HAD RIZAD RABAT			
Tél. : 0661259863 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 24/01/2024			
Nom et prénom du malade : Sanae El Garti Age : 57			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : T. naumalaise suite à un AVP			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : AVP de basse intensité			
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 : Rabat

Le : 24/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-821842

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9070
 Nom de l'adhérent(e) : EL GARI S
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
				INP : 
				
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Sankou Secteur 16 N° 8 au 11 Ame Mosquée Sankou bat - Tel: 05377110</i>	<i>22.01.26</i>	<i>22.00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
24-1-24			261,50
24-1-24			120,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>
	H	25633412 21433552 00000000 00000000	G	
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B	
	[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

FACTURE : HIS/24/N/021901

Hôpital Ibn Sina

Date création : 24/01/2024

Couverture médicale : Payant (espèce/chèque)

Bénéficiaire	Adhérent
IP : 00595642 Nom et Prénom : SANAE , EL GARTI N° CIN : GK2705 Adresse : sect 19 rue babiana no 08 hay ryad rabat -	Nom et Prénom: SANAE , EL GARTI N° CIN: GK2705 N° Immatriculation:

Date Examen	Service	Acte	Description	Qte.	Prix	Montant
24/01/2024	Bureau d'admission et de facturation	T131	NGAP- Examen Radiologique Du Bassin, Y Compris Les Sacro- Iliques, Une Incidence	1	112,50	112,50
24/01/2024	Bureau d'admission et de facturation	T164	NGAP- Rachis Segmentaire, Cervical, Dorsal, Lombo-Sacré, Sacré-Coccygien	2	75,00	150,00

Date Début: 24/01/2024

TOTAL : 262,50 DH

Date fin:

Deux Cent Soixante-Deux Dirhams et Cinquante Centimes

A versé au compte n°310810100012400042530138 à la trésorerie générale de RABAT au nom de l'Hôpital Ibn Sina
Adresse : Avenue Ibn Rochd -BP 6542 Rabat Instituts- standard du CHUIS : 0537676464

FACTURE : HIS/24/N/021967

Hôpital Ibn Sina

Date création : 24/01/2024

Couverture médicale : Payant (espèce/chèque)

Bénéficiaire	Adhérent
IP : 00595642	Nom et Prénom: SANAE , EL GARTI
Nom et Prénom : SANAE , EL GARTI	N° CIN: GK2705
N° CIN : GK2705	N° Immatriculation:
Adresse : sect 19 rue babiana no 08 hay ryad rabat -	

Date Examen	Service	Acte	Description	Qte.	Prix	Montant
24/01/2024	Bureau d'admission et de facturation	T205	NGAP- Radio Du Thorax	1	120,00	120,00

TOTAL : 120,00 DH

Date Début: 24/01/2024

Date fin:

Cent Vingt Dirhams



A versé au compte n°310810100012400042530138 à la trésorerie générale de RABAT au nom de l'Hôpital Ibn Sina

Adresse : Avenue Ibn Rochd -BP 6542 Rabat Instituts- standard du CHUIS : 0537676464

Imprimé le:24/01/202415:58 ICE : 002056603000048 / INPE : 100004563

DEMANDE DE RADIOLOGIE

IPP : 00595642

Patient : EL GARTI SANAE

Age : 57 Ans

Genre : Féminin

Modalité : Radiologie Conventionnelle

D. demande : 24/01/2024

D. prévue : 24/01/2024

Service demandeur : Bureau d'admission et de facturation

Demandé par : khadija Ait mansour

Centre Destination : Hôpital Ibn Sina

EXAMENS SOLICITES

Teleradiographie du thorax

RENSEIGNEMENT CLINIQUE





DEMANDE DE RADIOLOGIE

IPP : 00595642

Patient : EL GARTI SANAE

Age : 57 Ans

Genre : Féminin

Modalité : Radiologie Conventionnelle

D. demande : 24/01/2024

D. prévue : 24/01/2024

Service demandeur : Bureau d'admission et de facturation

Demandé par : AFAF BENDRIQUECH

Centre Destination : Hôpital Ibn Sina

EXAMENS SOLICITES

Bassin 1 incidence

Rachis dorsal face + profil

Rachis lombaire face + profil

RENSEIGNEMENT CLINIQUE



262

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Sina - Rabat

Nº 183305

Etablissement : Hôpital Ibn Sina

Reçu de M :

La Somme de :

Nature de la Recette	Somme
021967	
Total	120/00

Le 24/01/02

Signature du
Régisseur Auxillaire

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Sina - Rabat

Nº 183277

Etablissement : Hôpital Ibn Sina

Reçu de M :

La Somme de :

Nature de la Recette	Somme
0211301.	
Total	262,100

Le

Signature du
Régisseur Auxillaire

RABAT



Hôpital:
Bloc:

Nº 118536

مستشفى:

Rabat, le

24/01/2024

BULLETIN DE CONSULTATION

Médecin de garde

Nom du malade Sonae El Ganti

Examiné le à h

OBSERVATION:

.....
.....
.....
.....
.....

SOINS:

.....
.....
.....
.....

ORIENTATION:



ORDONNANCE

Rx Bossin (F+P)

Rx Rachis Dorsal
laboratoire (F+P)

DR. BOUJONDAR YOUSSEF

Médecin Interne

CHU, Ibn Sina Rabat-Salé

Hôpital:

Bloc:

N° 118669

مستشفى:

Rabat, le

24/01/2024

BULLETIN DE CONSULTATION

Médecin de garde

Nom du malade

Soumey El Garchi

Examинé le

à

h

OBSERVATION:

SOINS:

DR. BOUJONDAR Youssef
Médecin Interne
CHU Ibn Sina - Rabat-Salé

ORIENTATION:

ORDONNANCE

EXTX



Hôpital:

Bloc:

Nº 424384

Rabat, le 24/10/2024

BULLETIN DE CONSULTATION

Médecin de garde

Nom du malade Sonae El Canti

Examiné le à h

OBSERVATION:

24/10/2024
4839

SOINS:

Dr. BOUJONDAR Youssef
Médecin interne
CHU Ibn Sina Rabat
Secteur 18, N° 24, 10, Mosquée Saïf Bay Riad
Pharmacie Centrale
Mosquée Saïf Bay Riad
Rabat - Tel: 0537717110

ORIENTATION:

22.00

ORDONNANCE

Cédol 1g : 1 cp 3x/j.
pedont 0.8 j

Pharmacie Centrale
Secteur 18, N° 24, 10, Mosquée Saïf Bay Riad
Rabat - Tel: 0537717110

351122

Composition :

Paracétamol 400 mg
Codeïne phosphate 20 mg
Excipients..... q.s.p 1 comprimé
Ne pas laisser à la portée des enfants
AMM N° 376/18 DMP/21/NRQ

Cédol®
PARACÉTAMOL / CODEINE

Voie orale

12

SYNTHEMEDIC ®

Voie orale

20 Comprimés



Laboratoires SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zouhour Brou El Aouan
Roches Noires - Casablanca



(101x42x20) mm

صيدلول

باراسيتامول / كودين

Cédol®

20 Comprimés



حبة 20

عن طريق الفم

ستميدك ®

22,0