

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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° P19- 066360

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0006304 Société : SAGU
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : ENOUSKI ABDELJALIL
 Date de naissance : 01/04/1954
 Adresse : LISSASFA LOT EL KHOUZAMA EL NOUVEAU KENZA
 Tél. : 0522 869 1615 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2020
 Nom et prénom du malade : Ahmed ENOUSKI
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pathologie psychiatrique chronique
 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 : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/10/2020	C		60	
10/11/2020	C			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
388,60	06/10/2020	
1165,80	10/11/2020	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

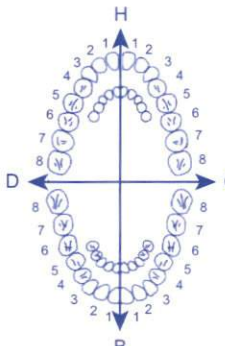
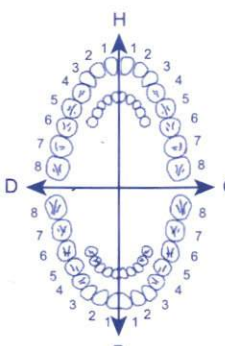
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

2/17/16



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - آدار البيضاء



Hôpital sans Tabac

Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 10/11/2020

ORDONNANCE

Docteur :

Mr Enouski Ahmed

1) Sertraline GT 50

01 - 00 - 00

2) Androcur 50mg

2 - 0 - 0

PHARMACIE L'EXTENSION
24, Rue de Lissasfa
Extension - Casablanca
Tél: 05 22 93 48 40



Att de Quins, RDV le 12/01/2021

1165180

PHARMACIE L'EXTENSION
24, Rue de Lissasfa
Extension - Casablanca
Tél: 05 22 93 48 40

Dr. Nisrine EL KABBAL
Centre Psychiatrique Universitaire
CHU Ibn Rochd - Casablanca



ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد . الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 28/7/2020

ORDONNANCE

Docteur : Dr Ennaski Ahmed

Dr Sertam So

1 - 00 - 00

Dr Androuic Song

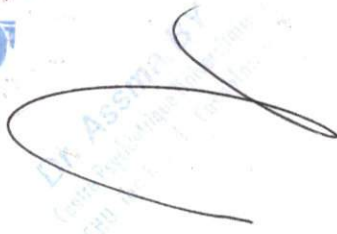
2 - 0 - 0

Dr de L...

Rdv le 22/09/2020

à St...

Dr El Kaddour



217/16

ORDONNANCE

06-40-6060

M^r Innonski Ahmed

PHARMACIE L'EXTENSION
24, Rue S. Lissasfa
Extention - Casablanca
Tél: 05 22 00 48 40

1) Serbia 50mg

19430 x 2 01-00-00

S.V

2) Anchoeur 50mg

02-00-00

Ett de 30 jours Rdv de co

Dr Kebbaj le 10/11/2020

à 08h00

388,60

PHARMACIE L'EXTENSION
24, Rue S. Lissasfa
Extention - Casablanca
Tél: 05 22 00 48 40

Dr. BENABICH El Fakhri
Généraliste
24, Rue S. Lissasfa
Casablanca
Tél: 05 22 00 48 40

Procur 50 mg/ 20 cps ○
ate de cyprotérone
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.



118001 090297

Procur 50 mg/ 20 cps ○
ate de cyprotérone
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.



118001 090297

Procur 50 mg/ 20 cps ○
ate de cyprotérone
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.



118001 090297

Procur 50 mg/ 20 cps ○
ate de cyprotérone
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.



118001 090297

Procur 50 mg/ 20 cps ○
ate de cyprotérone
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.



118001 090297

Procur 50 mg/ 20 cps ○
ate de cyprotérone
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.



118001 090297

Procur 50 mg/ 20 cps ○
ate de cyprotérone
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.



118001 090297

Procur 50 mg/ 20 cps ○
ate de cyprotérone
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.



118001 090297

Hôpital sans Tabac
Fumer Tue



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

BILLET D'EXAMEN

Date :

Prénoms et Nom du Malade :

Service :

N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN

Le Médecin Traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83

22-10-20-17

