

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° 004551

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42305

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FASSI FIHRI YASINE

Date de naissance : 30/04/1984

Adresse :

Tél. : 06-56-520-520

Total des frais engagés : 332 + 200

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : FASSI FIHRI YASINE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : GROSSESSE / Accouchement

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
06.11.2022	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Faitessur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE AL WOURROUD Rue des Roses A Côté de Masjid Annour - Beauséjour Tél: 05 22 36 84 30 - Casablanca Patente: 34808192	6/11/22	334,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Prestataire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CLINIQUE YASMINE Bd. Sidi Abderrahmane Tél: 05 22 39 69 60 - Fax: 05 22 39 71 19	06/11/22					200,00

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

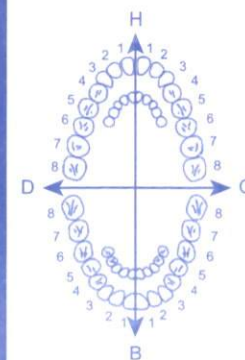
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le: 08/11/2022

Facture N° 7974/22

Etablie par SARA

Page 1/1

A. Identification

N° Dossier : P2K062833

N° Identifiant : 22115738/22

Nom & Prénom : FASSI FIHRI YASSMINE

C.I.N. : BK304345

Adresse : DKOUAR BOUROUDA ARABA CHARQIYA OULED AZZOUZ

C. Débiteur

Organisme : MUPRAS

ICE : 001673610000077

B. Adhérent

Lien avec l'assuré :

Nom prénom :

Médecin traitant : HAMOUMI LILIA

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

Date Entrée : 06/11/2022 Date Sortie : 08/11/2022

Traitement : Accouchement

Qté	Prestations	Prix U.	L.C.	Coef	Organisme
IMAGERIE MEDICALE					
1	Monitoring	200,00			200,00
Total Rubrique :					200,00
PARTIE CLINIQUE :					200,00
TOTAL GENERAL					200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams

Cachet et Signature



Dr. Lilia HAMOUMI CHAUVET

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliochirurgie - Hystérocopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



الدكتورة ليلية حمومي شوقي

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

رعاية و مراقبة الحمل
التوليد
الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء
التشخيص و الجراحة بالمنظار
جراحة أمراض و سرطان الثدي
سن اليأس
العقم للزوجين

Ordonnance

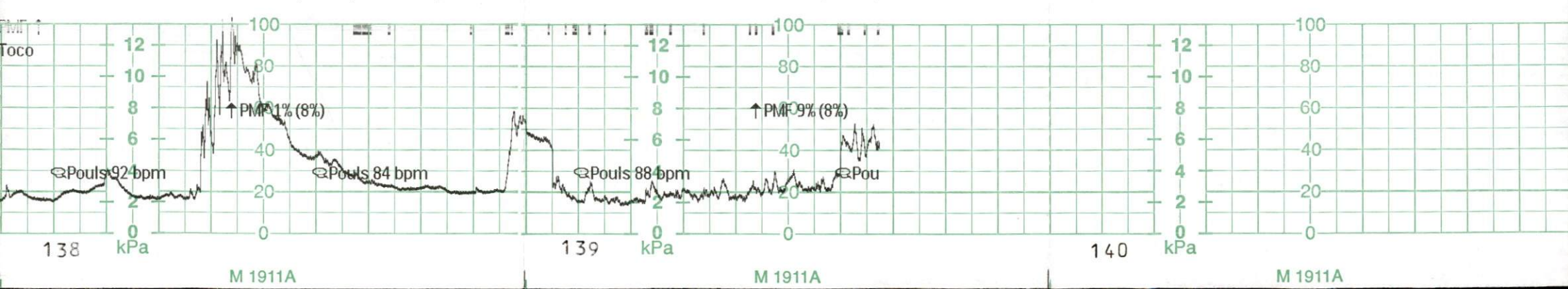
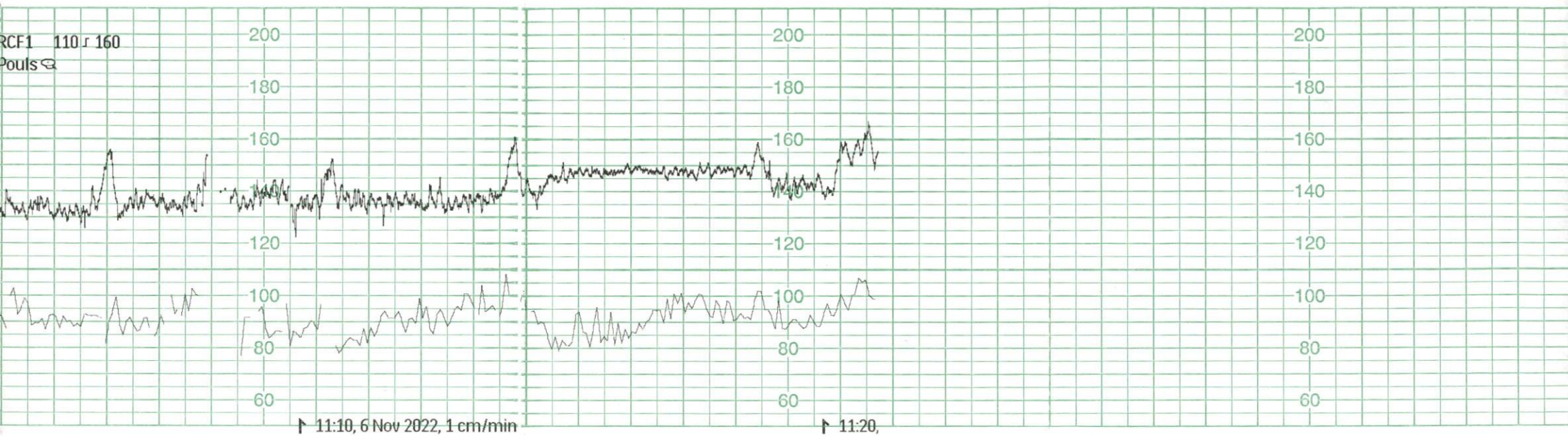
Casablanca le : 06.11.2022 : الدار البيضاء في

Mme/Mlle :

FASSI FIHRI YASINE.

Grat





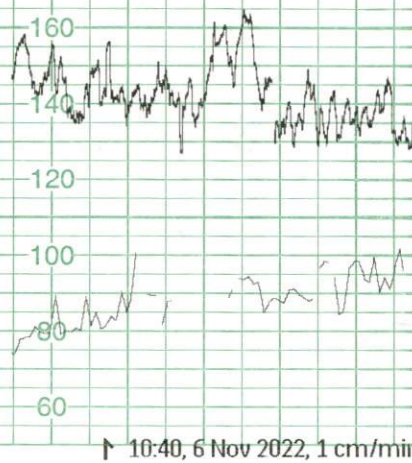
1- Pass; F: ARI
200y as mine

C_u D₂

328 2/2/25

10:38:47, 6 Nov 2022, 1 cm/min
Auto-test: OK, Product M2020A, D66862301, L33.55, INT RT 14
BSMtr A.1124, RCF1 D667519102 K.01.08, Toco D667807417 K.01.08, Pouls D667807417 K.01.08

RCF1 110 r 160
Pouls



10:50, 6 Nov 2022, 1 cm/min

11:00, 6 Nov 2022, 1 cm/min

Toco
Pouls 81 bpm

M 1911A

Pouls 96 bpm

136

M 1911A

PMF 9% (10%)

Pouls 91 bpm

137

M 1911A

Pouls 86 bpm

PMF 12% (11%)

Pouls 103 bpm

M 1911A

134

135

12
10
8
6
4
2
0
kPa

12
10
8
6
4
2
0
kPa

12
10
8
6
4
2
0
kPa

12
10
8
6
4
2
0
kPa

100
80
60
40
20
0

100
80
60
40
20
0

100
80
60
40
20
0

100
80
60
40
20
0