

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-688080

154656

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

597

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YALLOU Aicha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

661150263 Total des frais engagés :

60 DH 880.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

X

Date de consultation :

14/03/23

Nom et prénom du malade :

YALLOU

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Seizmik

Archa

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.

ACCUEIL

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 : C2525PNC

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/03/2023

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
14/03/23	Cs		<b>M. H. R. M. A. Boussem - Casablanca</b> INP : 11111111111111111111111111111111	
15/03/23		1 C.N. 60	150.00	Dr. H. R. M. A. Boussem - Casablanca INP : 11111111111111111111111111111111
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
<b>PHARMACIE DES ENFANTS</b> <b>Dr BOUJAHAD Nabil</b> 34, Rue Ibnou Jahlis - Bourgogne tel: 0522 20 90 44 - Casablanca	14/03/23	<b>820.43</b>		

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

ROYAUME DU MAROC  
 MINISTÈRE DE LA SANTE  
 ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
 DIRECTION REGIONAL CASABLANCA-SETTAT  
 DELEGATION MEDICALE CASA - ANFA  
 CENTRE HOSPITALIER GERIONAL  
 MOULAY YOUSSEF



المملكة المغربية  
 وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
 الجهة الدار البيضاء - سطات  
 تدويبة الطبية الدار البيضاء - آنفا  
 المركز الاستشفائي الجهو  
 مولاي يوسف

## ORDONNANCE

1613123

Yalla ~~Arche~~

13,20 x 2

41 Aig K CP

149,50 x 212 - 2 x 2

21 Durach forte

1 - 0 - 1 x 07g

188,00 x 2  
Prin 0 - 1 - 0 x 3 CUDS

31 Piaschedine 300 mg

1 - 0 - 0

89,50 x 06 CUDS

41 Arnot Roll-on

1 app x 2/j x 07g

CURARTI® forte  
comprimé

325086  
06/2025

CURARTI® forte  
comprimé

325086  
06/2025

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :

PPU 188,00 DH

PPU 188,00 DH

PHARMACIE  
Dr. B.  
31, Rue 1  
Tel: 05...



Lot :  
 A consommer de  
 préférence avant le : 12/2025  
 P.P.C : 89,50 DH

22411

S1 D3 No2m gH

Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPC : 89,50 D

11  
025

89,55

So oft er breix / seines

Kočík

880,40

**PHARMACIE DES ENFANTS**  
~~Dr. BOUCHE Nadi  
34, Rue d'Abou Jahir - Bourgogne  
Tél.: 0522/20 90 44 - Casablanca.~~

~~Dr. H. LAZRAK  
Rhumatologie  
Hôpital Moulay Youssef - Casa~~

X

~~ROYAUME DU MAROC~~

Ministère de la Santé

Hôpital Moulay Youssef Casablanca

Reçue de M ..... YALLOU Quittance

La somme de 15000 francs

N° 005207 5/R

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<u>CSF</u>		<u>1</u>
<u>CSF</u>		<u>60</u>
Total .....		<u>60</u>

Cachet du  
Service

Le, 15/3 20 23

Signature du  
Régisseur