

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Ce 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

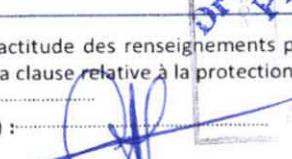
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-433787

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7951	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAMRABET AHMED
Nom & Prénom : 01/04/1966 CASABLANCA			
Date de naissance : ANDALOUS I RUE 3 N° 54 CITE			
Adresse : 0679982679 Total des frais engagés : 333,00 Dhs			
Tél. :			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr BAHIJ ANASS PEDIATRE			
Date de consultation : 24/02/2020			
Nom et prénom du malade : LA MRABET YASMIN Age: 6 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : bronchite			
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 Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 25/02/2020



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/21/2023	Consultation	100,00	INP. DR BAHIJ ANASS Dr BAHIJ ANASS PEDIATRE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2023/10/21	143,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

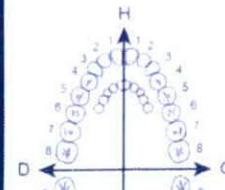
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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

H	25533412	21433552
00000000	00000000	00000000
D	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



وصفة

ORDONNANCE

Mère - Enfant
Hay Hassani

223
6 ans

le 24/02/2021

complaint yes no -

- 135° (1) Vodex S.V offert
- 166° (2) le co pit gene
- 166° (3) - syste d'ain.
- no ppr x 2/ij noj
- no ppr x 2/ij noj
- no ppr x 2/ij noj
- (4) Atopic eczema
no ppr x 2/ij
-
-
-

(5) - so far up
 63,00 3 j 8j

(6) . so li petit up
 125 1000 + M. j

(7) . so up = 200
 163 1000 + 3. j

143,50

LOCAPRED 0,1% O
 CREME T15G
 PER : 06/2021
 P.P.V : 16DH60

 6 118000 010951



REPLIQUE
 AHA CHOUAIB

Lot : 181548
 Per : 01/2021
 PPC : 13,50 DH

Systral Crème

PPV 16DH60
 EXP 07/2024
 LOT 95032 2

63,00

16,30

PPV 17DH50
 PER 09/22
 LOT 17,16



N° IPP : 671819 N° SEJOUR : 200006259

FACTURE N° 2005002754

DATE D'ENTREE : 24/02/2020 DATE DE SORTIE : 24/02/2020

ASSURE :

MALADE : LAMRABET, Yasmine

UF: 5002 URGENCES

NOM JEUNE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S. :

TIERS PAYANT 1 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 470111 DR BAHIJ ANASS	TOTAUX :	190.00								190.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :										
CENT QUATRE-VINGT DIX DHS										
PLAFOND PC :									ACOMPTE:	
REMISE :	0.00	REGLE :	190.00						AVOIR:	
RESTE DU:	0.00									
DATE FACTURE : 24/02/2020	EDITEE LE : 24/02/2020	PAR : HAYAT	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :	
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S										
BANQUE :			BMCE - YAACOUB ELMANSOUR							
N° compte bancaire :			011 780 0000 71 210 00 60070 49							

