

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W19-546367

63367 ✓

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7951

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAMRABET AHMED

Date de naissance : 01/04/1966

Adresse : ANDALOUS I RUE3 N° 54 CASABLANCA

Tél. : 0679982679

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAMRABET YOUSSEF  
PEDIATRE

Date de consultation : 8/3/21

Nom et prénom du malade : LAMRABET YASMIN

Age : 7ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cure S'ADHÉRE + RHUME

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 : CASA BLANCA,

Le : 22/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-546367

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
8/3/21	C2		150,00	INP : 091090555
08/03/21	FURGNE		136,22	Dr. AAKHMED YOUSSEF PELATRE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NASRI Dr. Rachid NASRI bis, Bldc 2 City Community Hay Hassani - Casablanca Tél: 022 20 00 00	08/02/21	186,60

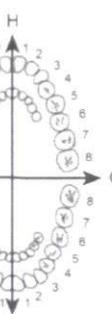
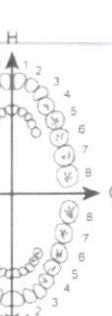
## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 HONORAIRE																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																	
<b>Important :</b> 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 :													
																	
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G		11433553	
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B		35533411														
	G		11433553														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>																
																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														
COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																	



# وصفة

## ORDONNANCE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Le ..... 8.3.21

$P = 25 \text{ kg}$

AMRABET  
Yasmine

45,30  
10

Neutrofelin  $\frac{S.V.}{+50} \text{ ml} \times 5 =$   
+ 50 ml

48,50  
9

Coli pinc  $\frac{S.V.}{20}$

$2,5 \text{ ml} / \text{ i} \times 5 =$

80,-  
85

Atix  $\frac{S.V.}{50} \text{ ml}$

125,80  
11

25 kg + 25  $\times 37 =$   
Deli pinc  $\frac{S.V.}{37} \text{ ml}$

Dr. LAFIHA MED  
PEDIATRE  
Roussen

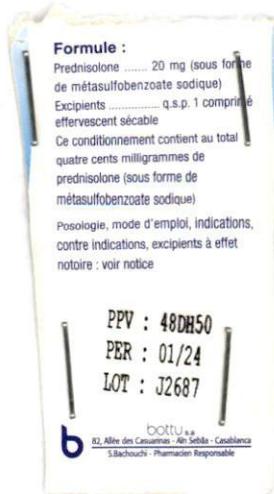
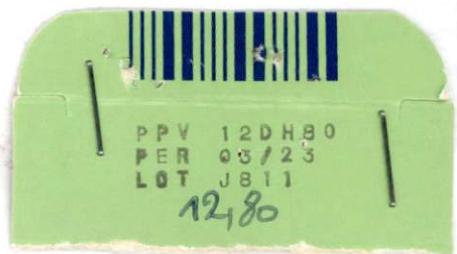
u10

Arabis 015

rinu/i

x 101  
= 1

DR. LAKHDAR YOUSSEF  
PEDIATRE



PPV : 48DH50  
PER : 01/24  
LOT : J2687

b bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sefra - Casablanca  
S.Bachouch - Pharmacien Responsable



**1500 mg**

Poudre pour suspension buvable

PPV:80DH00  
PER:06/23  
LOT: J1731

25/GENFANTS

1035



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



N° IPP :	696469	N° SEJOUR :	210004979	FACTURE N° 2105001590				DATE D'ENTREE :	08/03/2021	DATE DE SORTIE :	08/03/2021
ASSURE :					UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE :		
MALADE :	LAMRABET, Yasmine				N° IMMAT C.N.S.S :				LAMRABET, Yasmine		
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :					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	
FORFAIT HOSPITALISAT <sup>o</sup> , REA, CHIRURGIE, MATERNITE											
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMI HEURE	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00	
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					18.40				0.00	18.40	
FOURNITURES MEDICALES					17.82				0.00	17.82	

Intervenant : 470098 DR LAMRIMED YOUSSEF TOTAUX : 286.22 286.22

Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : ACOMPTE :

DEUX CENT QUATRE-VINGT SIX DHS ET VINGT DEUX CENTIMES REMISE : 0.00 REGLE : 286.22 AVOIR :

RESTE DU : 0.00

DATE FACTURE : 08/03/2021 EDITEE LE : 08/03/2021 PAR: OUKHAL ACCIDENT DE TRAVAIL :

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

