

## 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.

N° W19-562846

72361

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2816

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AYLA HABIBA

Date de naissance :

20-04-1962

Adresse :

pôle urbain zone économique lot EB.n 176 à Nouaceur

Tél. :

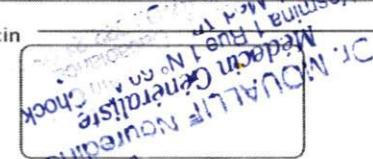
06.00.49.26.14

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/05/2021

Nom et prénom du malade :

AYLA HABIBA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AYLA HABIBA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

AYLA HABIBA

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.

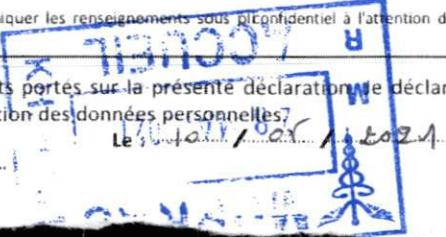
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le 10 Mai 2021

Signature de l'adhérent(e) :

AYLA HABIBA



### 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                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/05/22        | G                 | G                     | 150000                          | INP : 11111111111111111111<br>Médecin : Dr. MOUALLI Mouloud<br>Signature : Mouallim |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

HARMAGIE KHOULOUD  
DU FOURNISSEUR  
ATTOUT Mina  
Hay Yasmine 4 Rue 68 N° 2  
Angle Rue 18 N° 21  
Ain Chock - Casablanca  
Tel : 05 22 50 22 06  
Fax : 05 22 50 22 66  
INPE : 092036714

Date Montant de la Facture

10/05/21 2214,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 10/05/22 | 26,60                        | 15                     |

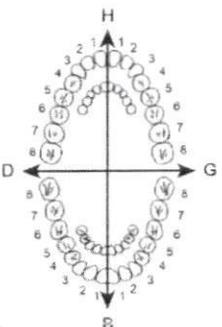
LABORATOIRE D'ANALYSES RADIA

### AUXILIAIRES MEDICAUX

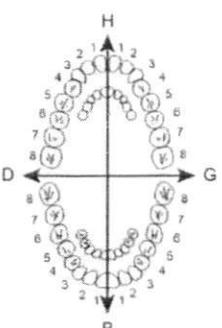
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre      | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|-------------|---------------------------------|
|                                    |                | AM PC IM IV |                       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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 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     |  |

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25833412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| B |          |          |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doctor Nour - Eddine Mouallif

Médecine Générale

Ex. Médecin de CHU Ibn Rochd

Echographie

E.C.G.

الدكتور نور الدين مولف

الطب العام

طبيب سابق بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد

النحوه المرضي

PHARMACIE KHOULOUD

ATTIOUI Mina

Hay Yasmina 4 Rue 68 N° 21

Angle Rue 48 N° 21

Ain Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 22 06

Fax : 05 22 50 22 66

INPE : 092036714

Casablanca, le

10.5.24

بيان

بيان في

بيان في

Y.L.A. Héctor

S.V.

NB, 60 x H

- Ca J's besar 200 / 25 mg N° 4

Hector x C0

- fantes folaster

1cp

de US la

PHARMACIE KHOULOUD

ATTIOUI Mina

Hay Yasmina 4 Rue 68 N° 21

Angle Rue 48 N° 21

Ain Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 22 06

Fax : 05 22 50 22 66

S.V.

80 - x H

Glo 6 folieg - 100 mg

PHARMACIE KHOULOUD

ATTIOUI Mina

Hay Yasmina 4 Rue 68 N° 21

Angle Rue 48 N° 21

Ain Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 22 06

Fax : 05 22 50 22 66

S.V.

29/5/24

هي باسبينة 1 زنة 100 mg

الحادي عين التمر البيضاء الهاتف : 05 22 21 60 87

HAY YASMINA 1 RUE 1 N° 60 Bd.MOHAMMED VI AIN CHOUC - CASABLANCA - Tél. : C 05 22 21 60 87

LOT 210078  
EXP 01/2024  
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 210078  
EXP 01/2024  
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 210078  
EXP 01/2024  
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

CoRBESAR® SUN 300mg/25mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380559

PPV : 153DH60

Lot n° :

Exp. :

CoRBESAR® SUN 300mg/25mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380559

PPV : 153DH60

Lot n° :

Exp. :

CoRBESAR® SUN 300mg/25mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380559

PPV : 153DH60

Lot n° :

Exp. :

CoRBESAR® SUN 300mg/25mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380559

Sarofi-aventis Maroc

Rouleau de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml, inj b6 sty

P.P.V : 744,00 DH

F 118001 081615

Sarofi-aventis Maroc

Rouleau de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml, inj b6 sty

P.P.V : 744,00 DH

F 118001 081615

Docteur Nour - Eddine Mouallif

Médecine Générale

Ex. Médecin de CHU Ibn Rochd

Echographie

E.C.G.

الدكتور نور الدين مؤلف

الطب العام

طبيب سابق بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Casablanca, le .....

١٥.٥.٢٢

البيضاء في

A.Y.A. female

Ure

Breast

Gyn

fract C

Dr. MOUALLIF  
Médecin Généraliste  
YASMINA 1 RUE 1 N° 60  
Bd. MOHAMMED VI AIN CHOUC  
CASABLANCA

# Facture

INPE LABORATOIRE : 093061729



N° facture : 2021-00583

Edité le : 21/05/2021

Patient : Mme AYLA Habiba

Date prélèvement : 10/05/2021

| Analyses                           | Valeur en B | Montant       |
|------------------------------------|-------------|---------------|
| Urée                               | 30          | 40,20         |
| Créatinine ( méthode enzymatique ) | 30          | 40,20         |
| Glycémie à jeun                    | 30          | 40,20         |
| Hémoglobine glycosylée             | 100         | 134,00        |
| <b>Total B</b>                     | <b>190</b>  | <b>254,60</b> |
| <b>APB</b>                         | <b>1,0</b>  | <b>15,00</b>  |
| <b>Majoration de garde</b>         |             |               |
| <b>Total</b>                       |             | <b>269,60</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent soixante-neuf dirhams 60 centimes\*\*\*

