

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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

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

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° M21- 081734

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7516 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELHOUCINI HASSAN
Date de naissance : d. 01. 1962
Adresse : 64 Rue PROVINS ETG 07. N. 13
Belvédère Casablanca
Tél : 0612 64 34 64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 23 / 4 / 2022
Nom et prénom du malade : ELHOUCINI HASSAN Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : hémorroïdes + df adhésives
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 Le : 23 / 04 / 22
Signature de l'adhérent(e) :

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
23/04/22	5.10.25	258,26		AMIL KHADJA Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASSINE ICE : 001670310000034 19, RUE DE LILLE BELVEDERE CASABLANCA	23/04/2022	430,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan																				
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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

وصفة
ORDONNANCE

le 23/4/2022

Mr EL Boucini Hassan

122,70 x 2

1) Daffam 500

2 cp x 3'; pdr

1 cp x 3'; pdr

52,40

2) Snecta

1 > x 3';

50,40

3) Rusfon

1 cp x 3';

16,00

4) Titamoren

1 cp x 3';

122,70

122,70

LOT: 21E071
PER: 09/2024
SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V: 52DH40
1180001011460

PHARMACIE YASSINE
ICE: 001670310000034
19, RUE
410263

LOT: M0665
PER: 11/2024
PPV: 50,40DH

LOT: 210710
PER: 05/2024
PPV: 16,00DH

19,30 Titamoren suppo
1 suppo x 3j

LOT: 211447
PER: 09-2024
PPV: 19,30 DH

6) Kénid.

1 cp 1j (si persistance de la

46,60

LOT : 4455
PER : 11/23
PPV : 46,60 DH

A. ARMIL Khadija
Médecin

PHARMACIE YASSINE
ICE: 001670310000034
19, RUE DE LILLE BELVEDERE
CASABLANCA



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



NOM : EL Houchini Prénom : Hassan

1) Date de la constatation de l'état de malade :

23/04/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Hémorroïde p
Dr Abdou

3) Traitement envisagé et actes :

K10
- paracetamol
- SACUPAN
- SNO-SPA

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

23/04/2022

Signature

ARMEL Khadija

Médecin

Pli à joindre à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :



N° IPP :	739716	N° SEJOUR :	220012671	FACTURE N° 2205004923	DATE D'ENTREE :	23/04/2022	DATE DE SORTIE :	23/04/2022
ASSURE :					DESTINATAIRE :	ELHOUCINI,Hassan		
MALADE :	ELHOUCINI,Hassan			UF: 5002 URGENCES				
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :				
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :				
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :							

NATURE DE PRESTATION	LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K										
Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				23.41					0.00	23.41
FOURNITURES MEDICALES				9.85					0.00	9.85

Intervenant :	M0200034 DR ARMIL KHADIJA	TOTAUX :	258.26						258.26
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENT CINQUANTE HUIT DHS ET VINGT SIX CENTIMES			REMISE :	0.00	REGLE :	258.26		AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE :	23/04/2022	EDITEE LE :	23/04/2022	PAR :	R8280	ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :			
					Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU			
					BANQUE :	B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
					N° compte bancaire :	011 780 00 00 43 210 00 60050 54			

