

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-659472

121710

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30625 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATH ELHAJ ELHABIANE

Date de naissance : 21/01/79

Adresse : Casa

Tél. : 0661223562 Total des frais engagés : 302,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/22

Nom et prénom du malade : Lyab Fath Age : 42 Ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : DI Abdom + Urin

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 Le : 25/05/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

25/05/98			199,15	INP : 061268880
----------	--	--	--------	-----------------

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

	25/05/98	112,90
--	----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

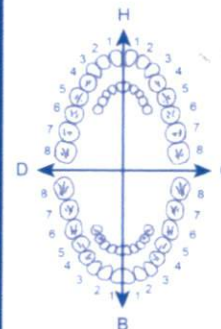
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

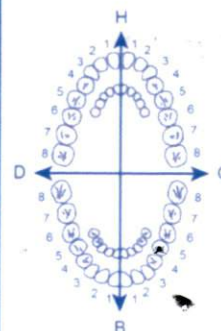
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي
+oH0\$+o+ loE\$+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

Dr. Mohamed El Ghazal
Rue Mohammed VI, Chantimiar 2
Madinat Al Khayma, Casablanca

مصحة
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Le 25/05/2022

Fath Iyad

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou el ouam roches
noires casablanca
INEXIUM
Cpr GR
20 mg
Boite 14
640N5DMP/21ARQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

82,10
11- Inexium long gel x

1 gel 15 le matin
pdt 10 j -

21- Vogalium Syrup

1 cac x 3/5 1/4 h

30,180

31- Trime-dat Syrup

1 cac x 3/5

T = 112,90

Trime-dat suspension buvable à 0,787%
Flacon de 250ml
6 118000 090960

LOT : 5878
UT. AV : 01-27
P.P.V : 30 DH 80



N° IPP : 738280	N° SEJOUR : 220016558	FACTURE N° 2205005926		DATE D'ENTREE : 25/05/2022		DATE DE SORTIE : 25/05/2022	
ASSURE :				DESTINATAIRE :			
MALADE : FATH,lyad		UF: 5002 URGENCES		FATH,lyad			
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										
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				3.43					0.00	3.43
FOURNITURES MEDICALES				0.72					0.00	0.72

Intervenant : M0400001 DR EL ARABI HOUDA	TOTAUX :	194.15						194.15
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT QUATRE-VINGT QUATORZE DHS ET QUINZE CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :	194.15		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 25/05/2022	EDITEE LE : 25/05/2022	PAR: KAMAL	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT				
		BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49				