

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 7951 Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : LAMRABET AHMED		
Date de naissance :		
Adresse : ANDalous I RUE3 N° 54 CASABLANCA		
Tél. : 06 79982679	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	10/08/2022
Nom et prénom du malade :	ABDELLAH SADAKA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	
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 : 30/08/2022  
Signature de l'adhérent(e) :

RECEIPT 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
1-81	20-81	100	100	INP : 101 01 M97932
3				<i>DR. J. B. HASSANI CASABLANCA</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NATURELLE - 14 12 MAI 2026	13/05/2026 8 22	14.000 Dhs

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
		A M	P C	I M	I V	



الضمان الاجتماعي  
CNSS

وَصْفَةٌ  
ORDONNANCE

Mère - Enfant  
Hay Hassani

Don et al

DR. BAHIM  
PEDIATRIS  
Be

Le 13/08/2022  
et Yosse

5

3340m

(2) single up

4 000

(3)  
1182

2014

LOT:

PER:

PPV:

بی و میلاز®

200 U.CEIP/m<sup>2</sup>

40,00

PPV 12DH80  
PER 06/24.  
LOT L2000

12,80

12 doses

flacon de 60ml

suspension buvable  
poudre pour



500 mg/5 ml

amoxicilline

**Amoxil**

**Amoxil**

amoxicilline

500 mg/5 ml poudre pour

suspension buvable

..... cuillère(s)-mesure(s) ..... fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant ..... jours.

مقياس ملعقة... أيام بعض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة ... أيام

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

بوصفة طبية فقط  
احترام الجرعات الموصوفة

PPV : 33,40 DH

LOT : 649000

PER : 01/2025

#### **Composition :**

Amoxicilline (sous forme trihydratée) ..... 500mg pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيلين 500ملغ مقياس ملعقة شراب معد تشكيل أي ملليلتر 5 مل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium. Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire, on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسيتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي إلى حدود الخط الدائري، تحصل على 60 مل من الشراب أي ملليلتر 12 ملعقة من فضة 5 مل

12 doses

flacon de 60ml

suspension buvable  
poudre pour



500 mg/5 ml

amoxicilline

**Amoxil**

**Amoxil**

amoxicilline

500 mg/5 ml poudre pour

suspension buvable

..... cuillère(s)-mesure(s) ..... fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant ..... jours.

مقياس ملعقة... أيام بعض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة ... أيام

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

بوصفة طبية فقط  
احترام الجرعات الموصوفة

PPV : 33,40 DH

LOT : 649000

PER : 01/2025

#### **Composition :**

Amoxicilline (sous forme trihydratée) ..... 500mg pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيلين 500ملغ مقياس ملعقة شراب معد تشكيل أي ملليلتر 5 مل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium. Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire, on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسيتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي إلى حدود الخط الدائري، تحصل على 60 مل من الشراب أي ملليلتر 12 ملعقة من فضة 5 مل



N° IPP : 747301	N° SEJOUR : 220026303	<b>FACTURE N° 2205009480</b>				DATE D'ENTREE : 13/08/2022		DATE DE SORTIE : 13/08/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		LAMRABET, Yasmine		
MALADE : LAMRABET, Yasmine		UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S. :				
NOM JEUNE FILLE :										
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
<b>CONSULTATION DE MEDECIN</b>	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 : 13/08/2022 EDITEE LE : 13/08/2022 PAR: KAMILY			<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
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							

