

# 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

- Réclamation : 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

M22- 0028430

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6233 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 138537  
Nom & Prénom : LAMNAOUI Abdelaziz  
Date de naissance : 29-11-58  
Adresse : BORDJ TANTAN Groupe F-48 10 EL MAJAN  
Tél. : 0662800924 Total des frais engagés : 674.10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Date : 24/10/22  
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



# 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
04/10/22	C2		#150-ghallef	Dr. JALAL OUASSINE Spécialiste en M.S. H.M.H. Interne au Centre 1131131131

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HABOUCHE  
60, Avenue Tantan & Bd La Corniche  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 36 35 30

04/10/22 524,10

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

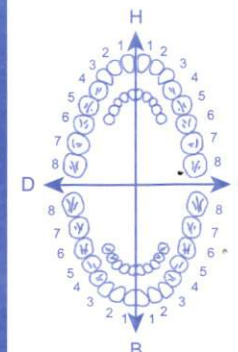
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

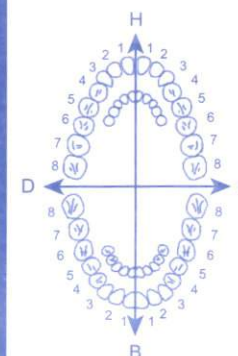
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة  
ORDONNANCE



Le 04/10/18

MR LAMMAMER

Abdelaziz

PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HADJOUCHA  
60, Avenue Tantan & Bd. La Corniche  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 36 35 30

10 Feiplex 940-13  
1 - 0 - 1 x 1 mois

puis  
0 - 0 - 1 x 2 mois

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 89,50 DH

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 89,50 DH

20 Maxitone  
1 amp/j le matin

PPV 28,80  
LOT  
PER

30 Tétr-Mag  
1 gél le soir x 01 le

PPV 28,80  
LOT  
PER

TSVP

40 Vitaneuril Fort. 2880 de  
1-1-1 x 21 mois



524/10

**Dr. JALAL Ouassima**  
Spécialiste en Médecine  
Interne et Généraliste  
0970313465

**PHARMACIE EDEN ROCK**  
Dr. Hanan HABOUCHA  
60, Avenue Tantan 8 Bd La Corniche  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 36 35 30

**TETRAMAG 30 CAPSULES**  
Complément alimentaire  
Poids net 29.19 g  
LOT:  
PER:  
PPC: 95.00 DH

T480  
11/2023

**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine aminosylate + Calcium Folinate

Bouteille 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine aminosylate + Calcium Folinate

Bouteille 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1327468		N° SEJOUR : 220088586		<b>FACTURE N° 2202021656</b>		DATE D'ENTREE : 04/10/2022		DATE DE SORTIE : 04/10/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>LAMNAOUAR, Abdelaziz</b>							
MALADE : LAMNAOUAR, Abdelaziz											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : M0100005 DR JALAL OUASSIMA		TOTAUX :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :		0.00	REGLE :		150.00	AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00					
DATE FACTURE : 04/10/2022		EDITEE LE : 04/10/2022		PAR: IMANE		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

Polyclinique CNSS  
Derb-Ghallef  
Service Consultation