

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

- 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- 0025067

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1372 Société : 143745
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABDELKARIM Mohamed
 Date de naissance : 06/10/1953
 Adresse : 37 N° 3 HAY EL Gads S.D. Bernoussi Casablanca
 Tél. : 066325582 Total des frais engagés : 1002,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/12/2023
 Nom et prénom du malade : ABDELKARIM Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prostate mi B
 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 : Casablanca

Le : 05/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : Aref

Autorisation CNDP N° : 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
26/12/22			150	
26/12/22	Kno		226,62	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/2022	633,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

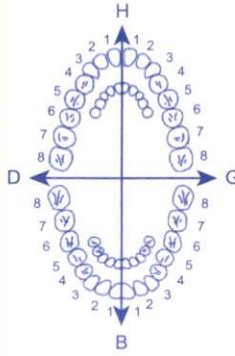
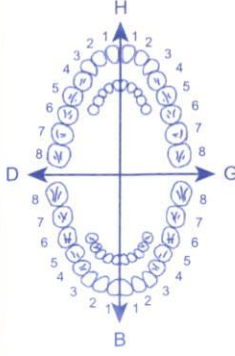
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 26/11/2020

Dr. AZAGUI YASSINE
Chirurgien - Orthopédiste
Traumatologue

ORDONNANCE

Membre de la famille

39,70
- 41 jours (S.V.)
Appx 2x 1/100

168,20 x 3 (S.V.)
21 jours (x3)
1/150

74,80
37 jours (S.V.)
Appx 2x

14,50
4 jours (S.V.)
Appx 1x

T = 625160
Chirurgien - Orthopédiste
Traumatologue

Dr. AZAGUI YASSINE
Chirurgien - Orthopédiste
Traumatologue
PHARMACIE MOULARAKA
BOUCHOUYIA
Docteur en Pharmacie
6 Bloc I Hay Moussiraka Bernoussi
Tel 05 22 76 76 41 CASABLANCA

ANDOL 1000 mg

8 Comprimés effervescents



6 118000 082484

ANDOL

PARACETAMOL

Douleur / Fiebre / Palir - Foyes

Comprimés Effervescents / Effervescentes Tablets

EXP:
LOT N°:

14,50

SEPCEN 500 mg

ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

LOT: 00022025
PER: 20/2025
PPV: 14.80 DH

Fucidine 2%

pommade Tube de 15 g

39,70

AUGMENTIN 1 g/125 mg

16 sachets



6 118000 160182

Fucidine 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

PPU: 168,20 DH
LOT: 650129
PER: 07/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg

16 sachets



6 118000 160182

AUGMENTIN 1 g/125 mg

16 sachets



6 118000 160182

PPU: 168,20 DH
LOT: 649761
PER: 02/24

PPU: 168,20 DH
LOT: 649763
PER: 03/24

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Nom : ABDELKADER Prénom : RAHMAN

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

2) Renseignements cliniques sommaires :

Fracture de la main droite

3) Traitement envisagé et actes :

4 10

2) Durée prévisible du traitement :

A LE

Signature

Dr. AZAGUI YASSINE
Traumatologue - Chirurgien
Orthopédiste

Dr. AZAGUI YASSINE
Traumatologue - Chirurgien
Orthopédiste

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 619107		N° SEJOUR : 220054475		FACTURE N° 2202021413		DATE D'ENTREE : 26/12/2022		DATE DE SORTIE : 26/12/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : ABDELKARIM, Mohamed UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :							
MALADE : ABDELKARIM, Mohamed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
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
ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
FOURNITURES MEDICALES					1.62					0.00	1.62

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE		TOTAUX :		226.62						226.62			
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT VINGT SIX DHS ET SOIXANTE DEUX CENTIMES				PLAFOND PC :						ACOMPTE :			
				REMISE :		0.00		REGLE :		226.62		AVOIR :	
				RESTE DU :		0.00							
DATE FACTURE : 26/12/2022				EDITEE LE : 26/12/2022				PAR: BELKHZ					
VISA				ACCIDENT DE TRAVAIL :									
				N° DE POLICE :				DATE AT :					
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI									
BANQUE :				BMCE - BERNOUSSI									
N° compte bancaire :				011780000049210006006888									

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 619107		N° SEJOUR : 220054443		FACTURE N° 2202021395		DATE D'ENTREE : 26/12/2022		DATE DE SORTIE : 26/12/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : ABDELKARIM, Mohamed							
MALADE : ABDELKARIM, Mohamed											
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		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE		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 : 26/12/2022		EDITEE LE : 26/12/2022		PAR: BELKHZ		ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI					
						BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI					
						N° compte bancaire :		011780000049210006006888					