

# 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

- 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.

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 Oued SIDI Bernoussi Casablanca

Tél. : 06 632 5582 Total des frais engagés : 1002,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/14 Nom et prénom du malade : MHDSSA RACH Age :

Lien de parenté : Qui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : PCOMIN  M. B Pathologie :

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 : 05/12/2013

Signature de l'adhérent(e) : A.F.I.

### RELEVE 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	NS
26/12/22	Kao		226,62	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE BOUCHOUA Doktor Hay Moubarak Bernoussi 6 loc 1 Hay 76 7641 CASABLANCA	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	

### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

OD.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	G	25533412	21433552	
D	B	00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
(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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

DATE DU DEVIS

MONTANTS DES SOINS

DATE DE L'EXECUTION

Le ..... / ..... / .....  
Date : 20/10/2008

## ORDONNANCE

MEDICAMENT

39,70

- 11 Fairidina

(S.V)

1 apprx 2M 1/10 po

16,8,200 x 3

PHARMACIE MOUARAKA  
BOUCHQUAYA Pharmacie  
Docteur Dr AZAGUI YASSINE  
6 Bloc 1 Hay Mouaraka Bernoussi  
CASABLANCA

(S.V) 1 (<3)

- 21 ayne m.

15 x 38

1/15 po

74,80

37 sepcor

need (S.V)

19 x 2

14,50

44 Andol.

16 (S.V) M

PHARMACIE MOUARAKA

BOUCHQUAYA

Docteur Dr AZAGUI YASSINE

6 Bloc 1 Hay Mouaraka Bernoussi

CASABLANCA

Tel: 05 22 76 76 41

Traumatologue - Orthopédiste

Dr. AZAGUI YASSINE  
Chirurgien Orthopédiste  
Traumatologue

Dr. AZAGUI YASSINE  
Chirurgien Orthopédiste  
Traumatologue  
6 Bloc 1 Hay Mouaraka Bernoussi  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 76 76 41

**ANDOL® 1000 mg**

8 Comprimés effervescents



6 118000 082484

**ANDOL®**

PARACETAMOL

Douleur / Mal Ailleurs / Pain - Fever  
Nausee / Mal de Tete / Headache

1000

Comprimés Effervescent / Effervescent Tablets 8x 125 mg

EXP : 14,50  
LOT N° :

**SEPCEN® 500 mg**

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

LOT : 06922025

PER : 10/2025

PPU : 74,50 DH

AUGMENTIN 1 g/125 mg

16 sachets



6 118000 160182

**Fucidine® 2%**

pommade Tube de 15 g

39,70

**Fucidine® 2% pommade**

Tube de 15 g

6 118000 120575

AUGMENTIN 1 g/125 mg

16 sachets



6 118000 160182

PPU : 168,20 DH

LOT : 650129

PER : 07/24

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



Le devoir de vous protéger

## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Dr. Sidi Bernoussi  
Sidi Bernoussi

Nom : ABDOU ..... Prénom : Mohamed

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

.....

2) Renseignements cliniques sommaires :

.....

Entraie abd min

R

3) Traitement envisagé et actes :

.....

.....

.....

2) Durée prévisible du traitement :

.....

.....

.....

A ..... LE ..... /

Signature



N° IPP : 619107 N° SEJOUR : 220054475

ASSURE :

MALADE : ABDELKARIM, Mohamed

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

## FACTURE N° 2202021413

DATE D'ENTREE : 26/12/2022 DATE DE SORTIE : 26/12/2022

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. :

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	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	ACCIDENT DE TRAVAIL :						DATE AT :	
VISA	N° DE POLICE :									
	Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI									
	BANQUE : BMCE - BERNOUSSI									
	N° compte bancaire : 011780000049210006006888									



N° IPP : 619107	N° SEJOUR : 220054443	<b>FACTURE N° 2202021395</b>				DATE D'ENTREE : 26/12/2022		DATE DE SORTIE : 26/12/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ABDELKARIM, Mohamed		
MALADE : ABDELKARIM, Mohamed		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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 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 EDITTEE 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 : 01178000049210006006888							