

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



187690

Déclaration de Maladie

M23- N° 0033790

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 390 ..... Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : ..... BOUIZZER F.A.T.I.M.A. ....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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 : .....  
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 Medecin attestant le Paiement des Actes
20/12/23	ca		150,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/2023	831,80

## ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	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	

### VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	
				COEFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412	H	21433552	COEFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>
	00000000	D	00000000	MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>
	00000000	G	00000000	DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/>
	35533411	B	11433553	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>
	(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 20/04/23

M<sup>me</sup> BOUMENI FATIMA

D Douze 10 (SV)

469,00

pharmacie AD Inara

PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
330, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE : 09204044  
Tél.: 05 22 52 40 29

pour

2x 99,00  
pharmacie AD Inara

20 M Ca

198,00

pharmacie AD Inara



47 Nootropyl



134,80

19/22/25 ph. Imou

Prazolol 20



30,00

831,80

19/21/25 ph. Imou

PHARMACIE LUMIERES  
PHARMACIE SARL AU  
N° 10101  
Avenue Al-Gods, Imara, Ain Chok  
Sfax - INPE : 092040427  
TEL : 05 22 52 40 29

~~DR. M. BOUJAZGUA  
N° 10101  
INPE 091 10816~~

LOT 224109 1  
EXP 11 2026  
PPV 134.80

NOOTROPYL 800 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
AMM N° 405/16 DMP/21/NRQ



6 118000 020738

PPV : 30DH00  
PER : 09/25  
LOT : M1410-1

Prazolol 20mg  
Omeprazole  
7 gélules



6 118000 040996

P.P.C : 99 DH  
Lot : M031J  
Diuo : 01/26

ATO  
er

DONZEP 10 mg  
28 comprimés pelliculés  
AMM N° 71/11 DMP/21/NRP



6 118001 071678

P.P.C : 99 DH  
Diuo : Lot :  
01/26 | M031J

LOT 301367 1  
EXP 03 2026  
PPV 469.00 DH

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
 Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
 Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
 RDV : 0522-50-45-13  
 INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 988010	N° SEJOUR : 230055258	<b>FACTURE N° 2302017840</b>		DATE D'ENTREE : 20/12/2023	DATE DE SORTIE : 20/12/2023
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : BOUIZZEM,Fatima	
MALADE : BOUIZZEM,Fatima NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :			
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :		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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46186 DR BOUREZGUI MARIAME TOTAUX : 150.00 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU: 150.00

DATE FACTURE : 20/12/2023 EDITEE LE : 20/12/2023 PAR: ZARIA

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
 BANQUE : BMCE - INARA  
 N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91

