

# 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.

M22- 0013098

MN2  
UR

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05483

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUADANI SAID

Date de naissance : 20/01/1963

Adresse : Rue Sidi n°R 036 DB 2A JAA H. 66

CASABLANCA

Tél. : 06 61 31 13 56

Total des frais engagés : 614,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. KAAB ABDELHADI  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghalet  
INPE : 41994228

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/14

Nom et prénom du malade : AOUADANI SAID

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Maladie de l'oreille

Enfant

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 : 25/04/2014

Signature de l'adhérent(e) : AOUADANI SAID

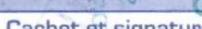
#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/03	U		120 -	RELIHADI Signature
29/03				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	27/3/24	244,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28-03 2024	218	150,-

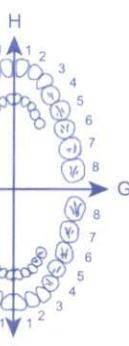
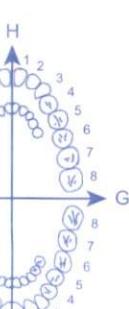
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وَصْفَةٌ

## ORDONNANCE

# مَسْجِد POLYCLINIQUE



## درب غلف

DERB GHALLEF

le 28.8.1924

Adriani form

1980 11/10/1980

244,73



درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة

## ORDONNANCE

le ..... ٢٨٨٣٧٤

سارة موسى

No ٢٨٨٣٧٤

٢٨٨٣٧٤



Dr. KAAB ABDELHADI  
Dentiste Polyclinique  
Derb Ghallef  
CNSS  
INPE: 4734228

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 : 1466421 N° SEJOUR : 240031998

FACTURE N° 2403011809

DATE D'ENTREE : 28/03/2024

DATE DE SORTIE : 28/03/2024

ASSURE :

MALADE : AOUDANI,Sara

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

AOUDANI,Sara

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 DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE . 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 : 28/03/2024

EDITEE LE : 28/03/2024

PAR: KARIM

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

N° DE POLICE :

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

VISA



N° IPP :	1466420	N° SEJOUR :	240031996	<b>FACTURE N° 2405009134</b>				DATE D'ENTREE :	28/03/2024	DATE DE SORTIE :	28/03/2024
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	Aoudani, Sara				UF:	5002 URGENCES	Aoudani, Sara				
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
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	
CONSULTATION DE MEDECIN.	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	

Intervenant :	261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)	TOTAUX :	120.00							120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
			REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
			RESTE DU:	120.00						
DATE FACTURE :	28/03/2024	EDITEE LE :	28/03/2024	PAR:	KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :				
<p>Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef</p> <p>BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA</p> <p>N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31</p>										