

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

## **Informations 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.

## **Pathologie 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.

## **Education :**

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.

## **Prothésiste :**

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractéristiques personnelles.

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 : N° S19-0005401**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11437

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GUESSOUS Abdellatif

Date de naissance : 02/04/1978

Adresse : 64, Rue Curie El JADIDA

Tél. : 06 61 75 26 15 Total des frais engagés : ~ 153,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/03/2020

Nom et prénom du malade : S-TAHI SAXIMI Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : 71852000

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 10 Mars 2020

Signature de l'adhérent(e) : Abdesson

Le : 09/03/2020

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° S19- 0005401

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11437

Nom de l'adhérent(e) : GUESSOUS

Total des frais engagés : ~ 153,00 Dhs

Date de dépôt : .....

### 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
11/03/2023 CN + PMA FAWZ			141.82	Dr. ZEGLIBI Abderrahim Service des Urgences Clinique N.S. North Shalateh

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL QALAK Haj Nasar DOCTEUR El Oulta - El Oulta 55 AV. Ouled Sabou - 05 22 90 55 45 Télé : 031541468000057	01/03/2023	521.83

### 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	

### VOLET ADHERENT

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



13,20

13,20

## ORDONNANCE

Le ..... 11/3/2020

7. SMIAMI SAKINDA.

13,20x4

Alep K

30

14 39

52,8

- Tazra Ven

14 29

13,20

13,20

PHARMACIE AL OUAB  
S. CHALAK Haj  
Docteur en Pharm  
55 Av. Ouled Smaïd  
Tel / Fax : 05 22 90 55  
ICE : 001541488000057

Dr. ZGUENDI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Polyvalente CNSS Darr Ghallef

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 :	1062539	N° SEJOUR :	200017357	<b>FACTURE N° 2005009935</b>			DATE D'ENTREE : 01/03/2020		DATE DE SORTIE : 01/03/2020	
ASSURE :			UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE :		SMAHI,Sakina	
MALADE :	SMAHI,Sakina		N° IMMAT C.N.S.S. :							
NOM JEUNE FILLE :										
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
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>										
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE) TOTAUX : 141.82 141.82

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CENT QUARANTE ET UN DHS ET QUATRE-VINGT DEUX CENTIMES

PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
REMISE :	0.00	REGLE :	141.82		AVOIR :	
RESTE DU :	0.00					

DATE FACTURE : 01/03/2020 EDITEE LE : 01/03/2020 PAR : FENANI ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :	DATE AT :		
Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef	
BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31	