

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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



MUPRAS  
RECEPTION 9

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0015097

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4093 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GHAZZAR Haddouh Date de naissance : 15/11/81

Adresse : lot 469 lot ONA II 2ème étage Denoua

Tél. : 0766081968 Total des frais engagés : 433,11 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/11/2020

Nom et prénom du malade : GHAZZAR Maryem Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : alt / 12 / 2020

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 : Casa Le : 15 / 11 / 2020

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
10/02/2020	KAO		201,71	Dr. EL MOU TOHAMED MEDICIN DENTISTE VA TATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE S. BOUABRA 144-237 S. BOUABRA Tél : 05 22 53 23 18	11/2/2020	141,8

# 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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaies, ainsi q

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**COEFFICIENT DES TRAVAUX**

**MONTANTS DES SOINS**

**DEBUT D'EXECUTION**

**FIN D'EXECUTION**

**COEFFICIENT DES TRAVAUX**

**MONTANTS DES SOINS**

**DATE DU DEVIS**

**DATE DE L'EXECUTION**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

EXP 08/2021  
PPV 52.800H

LOT: 19057  
PER: 03-2020  
PPV: 11,30

2750



وصفة  
ORDONNANCE



le 15/02/2020

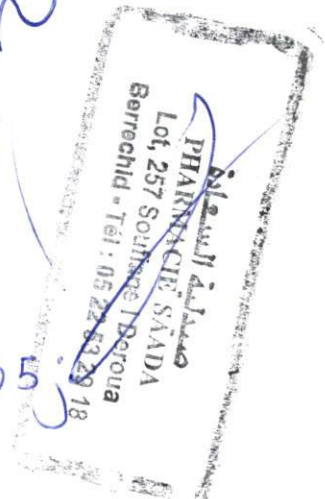
Mlle Ghazdar Meyem

1) Spas fon 80mg. 27/2  
1cp x 03/j pdt 05j

2) Kogalène suppo 11,30  
1suppo x 02/j pdt 05j

3) flagyl 500mg. 49,80  
1cp x 03/j pdt 07j

4) Oed's 20mg 24,80  
1gellule/j pdt 14j mat





## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



Nom : Ghazal Prénom : Meryem

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

15/02/2020

2) Renseignements cliniques sommaires :

Catégorie entente

3) Traitement envisagé et actes :

VVP

4 melondegol

+ Spayr

+ Cleez

2) Durée prévisible du traitement :

A ..... LE

Signature

15/02/2020  
POLYCLINIQUE ZIRAOUI



N° IPP : 704653		N° SEJOUR : 200006411		<b>FACTURE N° 2005002789</b>		DATE D'ENTREE : 15/02/2020		DATE DE SORTIE : 15/02/2020	
ASSURE :						DESTINATAIRE : <b>GHAZZAR, Meryem</b>			
MALADE : GHAZZAR, Meryem				UF: 5002 URGENCES					
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	LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>										
Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				53.26					0.00	53.26
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				13.45					0.00	13.45

Intervenant : 167019 DR EL MADI MOHAMED GENERALISTE		<b>TOTAUX :</b>		291.71		291.71			291.71
Arrêtée la présente facture à la somme de : <b>DEUX CENT QUATRE-VINGT ONZE DHS ET SOIXANTE ONZE CENTIMES</b>				PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	291.71	AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00				

DATE FACTURE : 15/02/2020		EDITEE LE : 15/02/2020		PAR: ZAHID		<b>ACCIDENT DE TRAVAIL :</b>			
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU			
						BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
						N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54			

POLYCLINIQUE C.N.S.S  
 SECURITE SOCIALE  
 CASABLANCA - ZIRAOU  
 Date prise en charge