

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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 Ang. 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- 0015108

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24889**

Matricule : **4093** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **GHAZZAR Abdelhakim** Date de naissance : **15/03/1956**

Adresse : **196 Lot ONA II 3^{ème} étage AEROUA**

Tél. : **0766081968** Total des frais engagés : **260,76** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GHALIM ABDELHAK
Médecin Généraliste
Vacataire
Polyclinique CNSS ZIRAQUI

Date de consultation : **10/02/2020**

Nom et prénom du malade : **GHAZZAR Abdelouche** Age :

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

Nature de la maladie : **Gastro entéro**

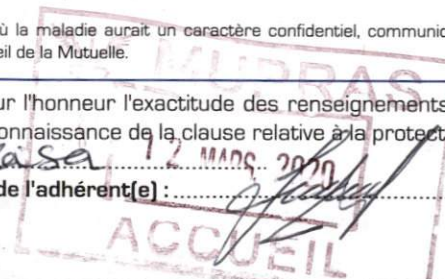
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 **12 MARS 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]** Le **10/02/2020**



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
10/02/2022	10/02/2022	10/02/2022	144.56	Dr. CHALIM ABDELRAHMAN Médecin Généraliste Polyclinique CNSS ZIRAOU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAWOUD Safaa KHALLAD Docteur en Pharmacie 55, N°1 Rue T3 El Wifak Casablanca - Casa - Tél: 022.90.14.24	10/02/2022	116.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

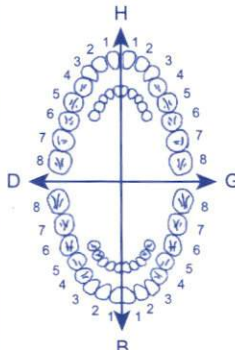
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

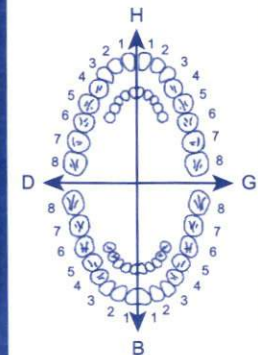
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE

le 10/02/2020

MR GHAZZAR
Abdelouahed

2905

① 24 RIBL m



18 mg

600

Eutergum -



1 AB 16

Aspirin m

3

272

Dr. GHALIM ABDELHAK
Médecin Généraliste
Vacataire

Polyclinique CNSS ZIRAOU

PHARMACIE DAWDIA
Safaa KHALLAD
Docteur en Pharmacie
85, N°1 Rue/13 El Wifak I
Oulfa - Casa - Tél.: 022.90.14.24



N° IPP: 514706 N° SEJOUR: 200005687 FACTURE N° 2005002525 DATE D'ENTREE: 10/02/2020 DATE DE SORTIE: 10/02/2020
ASSURE:

MALADE: GHAZZAR, Abdelouahed UF 5002 URGENCES DESTINATAIRE: GHAZZAR, Abdelouahed
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	LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRI UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
Acte pratiqué par L'Infirmier(e)	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				6.86					0.00	6.86
FOURNITURES MEDICALES				2.70					0.00	2.70

Intervenant: 13072009 GHALIM ABDELHAK GENERALISTE TOTAUX: 144.56 144.56

Arrêtée la présente facture à la somme de PLAFOND PC: ACOMPTE: CENT QUARANTE QUATRE DHS ET CINQUANTE SIX CENTIMES

REMISE: 0.00 REGLE: 144.56 AVOIR:

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE: 10/02/2020 EDETEE LE: 10/02/2020 PAR: SAGHIR ACCIDENT DE TRAVAIL:

VISA: N° DE POLICE: DATE AT:

Règlement à effectuer à l'ordre de: POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
BANQUE: B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA
N° compte bancaire: 011 780 00 00 43 210 00 60050 54