

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

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ptique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ééducation :**

- 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.

**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](http://www.mupras.com)

39300

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0001070**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

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

Matricule : 2944 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jamil El Hendaifi Date de naissance :

Adresse : El Mlye Zachiq - Imm 2. N° 38 R

Tél. : 05 22 20 82 16 Total des frais engagés : 482,47 Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/09/2020

Nom et prénom du malade : Ghassane Ghazippe

Lien de parenté : Fille

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie et Chirurgie des Yeux

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie et Chirurgie des Yeux

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 : El Jadida

Signature de l'adhérent(e) : Salem

Le : 09/09/2020

## **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
08/09/2020	C	2	1500	DR M. LAROCHE MÉDECIN POLYLOGISTE SÉPTEMBRE 2020 CASA DE LA BONNE SANTÉ PARIS 13 <sup>e</sup>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/09/2022	332,10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

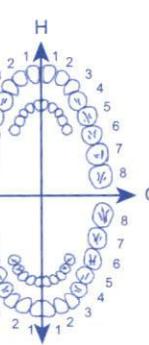
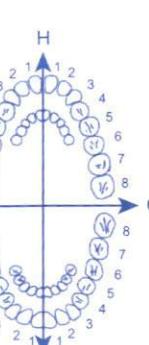
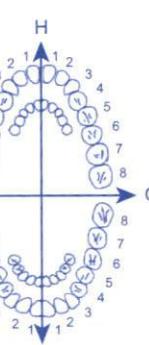
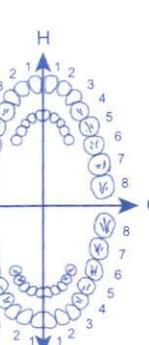
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le .....

08/09/2020

**زولامول®**  
**Xolamol®**

Lot: 01 09 1  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22

P.P.V : 110 DH 70

**زولامول®**  
**Xolamol®**

Lot: W 0062  
Fab: 12 19  
Exp: 12 21

P.P.V : 110 DH 70

**زولامول®**  
**Xolamol®**

Lot: 1190-4  
Fab: 12 19  
Exp: 12 21

P.P.V : 110 DH 70



PHARMACIE A PLACE  
Hay Raha • 12 - N°53  
Sidi Mousa • Casablanca  
Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 0522 86 39  
ICE : 001633153000023

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 42 05 إلى 27 - فاكس 05 22 86 30 20  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

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 :	1089441	N° SEJOUR :	200054633	FACTURE N° 2002013315				DATE D'ENTREE :	08/09/2020	DATE DE SORTIE :	08/09/2020
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				DESTINATAIRE :			
MALADE : JAMIL,El Mostafa				N° IMMAT C.N.S.S :				JAMIL,El Mostafa			
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
TIERS PAYANT 2 :											
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.											
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 10524 DR GUEDIRA BOUCHRA (OPHTALMOLOGUE)	TOTAUX :	150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 08/09/2020	EDITEE LE : 08/09/2020	PAR: AZEDIN	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					