

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-599566

56101

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RASSID SAIB
 Date de naissance : 16/08/1962
 Adresse : 529 Lot Hay tath cord
 Tél : 066566363 Total des frais engagés : 190

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Sanae El hani
Pédiatre

Date de consultation : 10/12/2021
 Nom et prénom du malade : Ramad Rahman
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : DR. ALI JOMIEL
 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 : 20 / 01 / 2021

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
13.01.2021			190	Sanee El Dami Pédiatre

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																
Important : Veuillez joindre les radiographies et/ou des de prothèses ou de traitement couronnaires ainsi que le bilan de l'ODF																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> 25533412 00000000 00000000 35533411 </td> <td> 21433552 00000000 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H			D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B			G		
	H															
	D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553													
	B															
	G															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S
 Oum Errabii - HAY HASSANI
 CASABLANCA
 02-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71
 N° 00001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



692952 N° SEJOUR : 210001141

FACTURE N° 2105000416

DATE D'ENTREE : 18/01/2021 DATE DE SORTIE : 18/01/2021

NOM : RASSID, Mahmoud

UF: 5002 URGENCES

DESTINATAIRE :

RASSID, Mahmoud

PRENOM : NE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S :

TIERS PAYANT 1 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

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
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00
M0400002 DR. EL HANI SANAE				TOTAUX :		190.00				190.00

la présente facture à la somme de :
 QUATRE-VINGT DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : 190.00

AVOIR :

RESTE DU : 0.00

DATE FACTURE : 18/01/2021

EDITEE LE : 18/01/2021

PAR : NEJMI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

BANQUE :

BMCE - YAACOUB ELMANSOUR

N° compte bancaire :

011 780 0000 71 210 00 60070 49



المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي
+o!XO%+o+ !oC%+

CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Le 14/01/2024

Darid Rahmed

ECBU

cap



Sanae El hani
Pédiatre

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE

BILLET D'EXAMEN
DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

10 ans 2 mois
- Stomac
avec reflux - a
la palpation

Fait sup
Echographie Abdomen

Le médecin traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Biffer les mentions intuelles

Total clichés =

Total posés =

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE

**BILLET D'EXAMEN
DE RADIOLOGIE**

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Ramiel Rahmou

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

*- 10 ans 2 mois
- St abdominal
avec un deflexion à
la palpation*

Examen demande

*Faire SVP
Echographie Abdominale*

*Sanae El hani
Pédiatre*

Le médecin traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Biffer les mentions intuelles

Total clichés =

Total posés =