

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-543883

136621

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HABATI HASNAA

Date de naissance :

Adresse : 4, LOT. HANZA - Sidi MAARUF CASABLANCA

Tél. : 9629 Total des frais engagés : 35377 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENSCHIR Imad  
Omnipraticien  
N° 091263491

Date de consultation : 23/05/2022

Nom et prénom du malade : HABATI HASNAA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL ALI</b> Dr BENGHEROUN Driss 83 Bd Massira Al Khadra Tél 05 22 23 79 28 - Casa	23/09/2022	272,70 DH
	23/09/2022	198,00

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

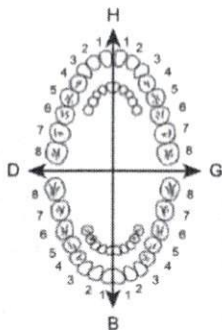
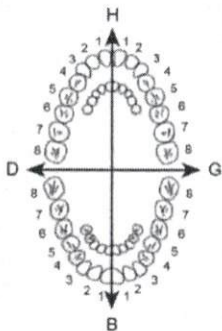
[illegible]

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE CNSS - 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 :	1325077	N° SEJOUR :	220085057	<b>FACTURE N° 2205024844</b>		DATE D'ENTREE : 23/09/2022		DATE DE SORTIE : 23/09/2022			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>HABATI,Hasnaa</b>					
MALADE : HABATI,Hasnaa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:
CENT VINGT DHS		REMISE :		0.00	REGLE :		120.00	AVOIR :
		RESTE DU:		0.00				
DATE FACTURE : 23/09/2022	EDITEE LE : 23/09/2022	PAR: BAKHRI		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				





N° IPP : 1325077	N° SEJOUR : 220085059	FACTURE N° 2205024845	DATE D'ENTREE : 23/09/2022	DATE DE SORTIE : 23/09/2022
ASSURE :			DESTINATAIRE : HABATI,Hasnaa	
MALADE : HABATI,Hasnaa		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	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				12.25					0.00	12.25
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	29.17						29.17
Arrêtée la présente facture à la somme de : VINGT NEUF DHS ET DIX-SEPT CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLÉ				AVOIR :	
	RESTE DU:	29.17						
DATE FACTURE : 23/09/2022	EDITEE LE : 23/09/2022	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31				



الضمان الإجتماعي

IO 8% + L 3%

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE

مصلحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le 23/09/22

HABATI HASNA

49,80

1/ Fluzil 600 mg  
up x 2/5 → 50

52,80

2/ 400 Phox 600 mg

52,80

99,00 x 2 = 198

3/ Oculos, long 50

LOT 211316  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

LOT 211149  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

PHARMACIE AL ALIA  
D. BENCHEKROUN Driss  
83, Bd. Massira AP Khadra  
Tél: 05 22 23 78 28 - Casa