

## 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

- Reclamation : 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° W21-796905

159301

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11117 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Examen ophtal  
 Nom & Prénom : A225142 NABIL  
 Date de naissance : 05.06.1972  
 Adresse : LO. KHAADRAOVI, R48606, A2844002  
 Tél. : 0697168781 Total des frais engagés : 225 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MAARIF.H  
 spécialiste en ophtalmologie  
 INPE : 111 237 871  
 Date de consultation : 26 AVR 2023  
 Nom et prénom du malade : AZEHI I Nabil Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint  
 Nature de la maladie : Amétropie  
 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 : 03/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

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

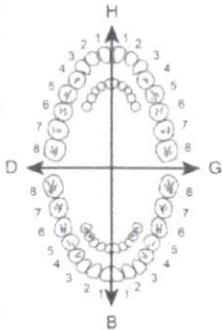
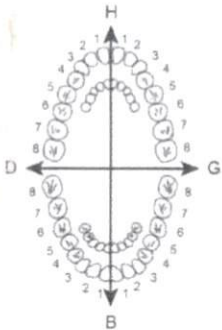
[illegible]

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	B		D	G	0000000	0000000	35533411	11433553
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	B																	
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					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

Le : .....

26 AVR 2023

Nom et Prénom

AZZEHIZI NABIL

Examen ophtalmologique complet  
+  
fond d'oeil

→ K10

Dr. MAARIF.H  
spécialiste en ophtalmologie  
IN.P.E : 111 237 871







الضمان الاجتماعي  
الضمان الاجتماعي  
CNSS

Le devoir de vous protéger

# ORDONNANCE

Nom : AZLEHIZI Prénom : Nabil  
Prénom : .....  
Date : 26 AVR 2023

**Dr. MAARIF.H**  
spécialiste en ophtalmologie  
INPE : 111 237 871

L'examen ophtalmologique de  
Mr AZLEHIZI Nabil a objectivé

- AVSC = 10/10 ODS
- pas de paralysie Oculomotrice
- RPM normal ODS
- SA = Normal ODS
- Fo = pas d'œdème papillaire ODS.  
Nacula normale ODS

Ex tout à fait normal  
ODS

**Dr. MAARIF.H**  
spécialiste en ophtalmologie  
INPE : 111 237 871  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
صحتكم، اولويتنا

POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA

Route Sidi Bouzid

24000 EL JADIDA

Tél: 0523-39-15-28/35/80 Fax: 0523-39-47-51

INPE: 110001443 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 294447	N° SEJOUR : 230010248	<b>FACTURE N° 2305005764</b>		DATE D'ENTREE : 26/04/2023		DATE DE SORTIE : 26/04/2023					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>AZZEHIZI,Nabil</b>							
MALADE : AZZEHIZI,Nabil											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
AUTRES ACTES COTES EN K						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	10.00	22.50	225.00					0.00	

Intervenant : 10000180 DR MAARIF HIND ( OPHTALMOLOGIE)	TOTAUX :	225.00						225.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT VINGT CINQ DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	225.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 26/04/2023	EDITEE LE : 26/04/2023	PAR: R8711	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA				
		BANQUE :		BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA				
		N° compte bancaire :		011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA				