

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EZZAHER AL

Date de naissance :

01 01 1948

Adresse :

Boulevard du 1er Novembre 52 N° 15 CASA

Tél. : 06 22 49 39 82

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/10/23

Nom et prénom du malade :

EZZAHER

Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même       Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

epiphora

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
<i>11/09</i>	<i>10</i>	<i>299,96</i>	<i>299,96</i>	<i>Dr BENJACHIR Imad Médecin Dentiste PPS 57892160</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>00270428A00015</i>	<i>9/10/23</i>	<i>252,40</i>

Code INPE : *092106152*

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[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**



N° IPP : 1421595 N° SEJOUR : 230100476

**FACTURE N° 2305028939**

DATE D'ENTREE : 09/10/2023 DATE DE SORTIE : 09/10/2023

ASSURE :

MALADE : EZZAHER,Ali

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

EZZAHER,Ali



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
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				60.86					0.00	60.86
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				6.60					0.00	6.60

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	299.96								299.96
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
DEUX CENT QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIM S	REMISE :	0.00	REGLE :	299.96					AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 09/10/2023	EDITEE LE : 09/10/2023	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :	
			Réglément 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						





درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة

## ORDONNANCE

le 09/10/28

EZZEDDINE Ali

1/ Aris Com my up  
mg/1T - 103g

2/ Vit C 400 mg  
mg J → mg

3/ Danbox 500 mg  
mg 4/1J

4/ PRANTAL 400 mg  
mg 1/1J si fin

5/ Ixor 200 mg  
mg 1T → 1/1J

المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



مصحة  
POLYCLINIQUE



# وصفة

## ORDONNANCE

درب غلف  
DERB GHALLEF

le 09/10/23

BENSGHIR Ali

Vertiges + Migraine

GTM cerebral

Dr BENSGHIR Imad  
Médecin Urgentiste  
Polyclinique CNSS

PPV 79DH70  
PER 12/20  
LOT L2603



Un léger dépôt, dû aux caractères naturels des F'antes,  
peut se produire mais ne nuit en rien à la qualité du  
produit.



Laboratoires Deva Pha  
aceutique  
J.OUAIDI Pharmaciens Responsable  
146-147, Zone Industrielle Tl. Mellil - Casablanca

200 ml

Vita C1000®  
PPV 15DH30  
EXP 02/2026  
LOT 31020 3

PARANTAL® 1g

PPV 14DH60  
EXP 09/2025  
LOT 200314



LOT: 230488  
DLUO: 05/2026  
69.00DH

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents  
PPV 73DH80  
EXP 12/2024  
LOT 20019 3