

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 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° P19- 066193

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EZZAHIR ALI
Date de naissance : 01-01-1948
Adresse : Bouchentouf Rue 52 n° 15 CASA
Tél : 0620493982 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/23
Nom et prénom du malade : EZZAHIR ALI Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ep f adralpie
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) :

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
2023			299,96	

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 Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

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 : 1421595	N° SEJOUR : 230100476	FACTURE N° 2305028939		DATE D'ENTREE : 09/10/2023	DATE DE SORTIE : 09/10/2023
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : EZZAHER,Ali	
MALADE : EZZAHER,Ali					
NOM JEUNE FILLE :					
TIERS PAYANT 1 :					
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
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				60.86					0.00	60.86
FOURNITURES MEDICALES				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 :			
		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 الاجتماعي
+الIO%+ +ال%[]+

CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

le 09/10/28

EZZAHIR ALI

1/ Arix 100 mg cp

79,70

mg / J - 103g

2/ Vite C 4 cp

1538

mg / J - 103g

3/ Dantrol 500 mg

69,00

mg / J

4/ PARANTAL 1g cp

1460

mg / J - 103g

5/ I-XOR 200 mg cp

73,8

mg / J - 103g

252,40



وصفة
ORDONNANCE



le 09/10/23

BENSGHIR Ali

Vertige + Nystagmus

600mg carbamazepine

Dr BENSGHIR Imad
Médecin Urgentiste
Polyclinique CNSS

29,20
PPV 79DH70
EXP 12/20
LOT L2603



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

LOT: 230488
DLUO: C5/2026
69.000H



Laboratoires Deva Pharmaceutique
JOUAIDI Pharmacien Responsable
146-147, Zone Industrielle T1 Mellil - Casablanca

200 ml

Deva
200 ml

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 02/2026
LOT 310203

PARANTAL® 1g

PPV 14DH60
EXP 09/2025
LOT 200314

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80
EXP 12/2024
LOT 200193