

## 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° W19-589619

184029

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1372

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ABDELKARIM, Mohamed

Date de naissance :

06.10.1953

Adresse :

37n3 HAY EL Qods Sidi Berroussi Casablanca

Tél. :

06 63255582

Total des frais engagés :

621.101374,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Karima MOURHADIA  
MEDECIN RHUMATOL  
INPE:091145706

Date de consultation :

14/11/23

Nom et prénom du malade :

Smad Fatma

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleur d'Ep., g.d.

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 : 21.11.2023

Signature de l'adhérent(e) :

A. Fakir

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attéstant le Paiement des Actes
14/11/2013	5		INPE : 09114	INPE : 09114
21/11/2013	S			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Diplôme de Strasbourg France Bloc 113 N°1 Sidi Bemoussi Tél. 022 73 15 17	14.11.13	301,60
Martag RHALEM Pharmacie ROUAUD	21.11.13	753,21

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie Sidi Bemoussi	14/11/2013 2A	INPE : 09114	150,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 canalaire, 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			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	G
	B			
		[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

# SERVICE DE RADIOLOGIE

RADIOLOGUE : DR

Nom : SOUAD

MEDECIN DEMANDEUR .....

Prénom : FATIMA

DATE : 14/11/2023

EXAMEN RADIOLOGIQUE Rx : EPAUL DROITE

## RESULTAT

- Absence de lésion osseuse post-traumatique visible sur ces incidences .

## SENTIMENTS CONFRATERNELS

RAOUI FATIMA  
Medecin Radiologue  
Polyclinique CNSS  
Sidi Bernoussi

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



090001520

N° IPP : 655686 N° SEJOUR : 230051901

**FACTURE N° 2302020877**

DATE D'ENTREE : 14/11/2023 DATE DE SORTIE : 14/11/2023

ASSURE :

MALADE : SMAD,Fatima

NOM JEUNÈ FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

SMAD,Fatima

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	—	Cs	1.00	150.00	—	150.00			—	0.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE										150.00

Intervenant : 100057 DR. MOUKHABIR KARIMA	TOTAUX : 150.00									150.00
---	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : 150.00 AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 14/11/2023

EDITEE LE : 14/11/2023 PAR: MOUJAH

ACCIDENT DE TRAVAIL

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE : BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire : 011793000023210006006837



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 655686 N° SEJOUR : 230051960

FACTURE N° 2304019807

DATE D'ENTREE : 14/11/2023 DATE DE SORTIE : 14/11/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : SMAD,Fatima

SMAD,Fatima

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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 DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	17.00	10.00	170.00					0.00	170.00

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE	TOTAUX :	170.00								170.00
--	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 170.00

DATE FACTURE : 14/11/2023 EDITEE LE : 14/11/2023 PAR: MOUJAH

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE : BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire : 011793000023210006006837

Casablanca, le

21/11/23

Smaïl Fatima

1/ chondrof.  
199,00 x 3 1g j. 11 3m

600  
2/ oxynt 2(5,7  
28 i p le petit

96 جم ٢٠٢١

3/ mag 10 5,7  
INPE: 091145706

DR. Karima MOUKHABIR  
MEDECIN RHUMATOLOGUE  
INPE: 091145706

PPV: 96DH00  
PER: 09/25  
LOT: M1410-3

60,00

601 CD071 0526

ce LOT PER

**Prix** 199.00

CD071-0526

LOT ..... PER

**Prix** 199.-00

Opsummer - 2526

er CDO/1 3220

L61

Casablanca, le 14/11/23.

Smaïd Fatima

1/ Ry do Shx <sup>V</sup> 3 j

gros 2/ Ry do Shx <sup>V</sup> 3 j

28 3/ Ry do Shx <sup>V</sup> 2 j

99, 4/ Ry do Shx <sup>V</sup> 2 j

288 5/ Ry do Shx <sup>V</sup> 2 j

288 6/ Ry do Shx <sup>V</sup> 2 j

301,6°/18 a 3 16 j

**PHARMACIE BOUABID**

Montag RHALEM  
Diplome de Strasbourg France

Bloc 113 N°1 Sidi Bernoussi  
Tél: 05 22 73 15 32



PPC: 79,80 DHS

PER: 01/26

LOT: DOV58

00.99

- CASAL

Prix

PER

LOT

3

FM93 0426

EMB 75112 W Ref: 990510 ETU

L'enregistrement au ministère de la santé

08/80



PER

LOT

PPV

GTIN: 06118001260850

LOT: 4051

MFG: 09 2022

EXP.: 09 2025

PPV: 94Dhs00





## وصفة ORDONNANCE

Casablanca, le 16/11/23.

Smaid Fatima



Ra de l'epreuve



~~DR. Karima MOUKHTAR  
MEDECIN RHUMATOLOGUE  
INPE:091145706~~

**Bd Bensaid salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca**  
**Tél. : 05 22 73 15 32 - 05 22 73 16 20 - 05 22 73 42 45**  
**Fax : 05 22 73 15 72**