

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0040449

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11072 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DAHMANI MOHAMED
 Date de naissance : 29/07/1978
 Adresse : 195 BD La gironde CASABLANCA
 Tél. : 0687865048 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/01/2024
 Nom et prénom du malade : Dahmani Ahmed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme de l'index de
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 26/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/01/2024		1	150 dh	

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
	12/01/2024	2.15

AUXILIAIRES MEDICAUX

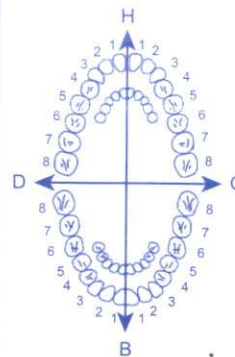
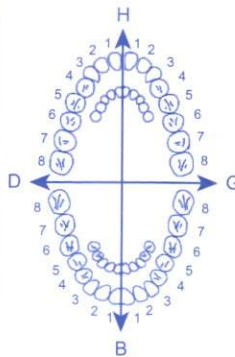
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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



Intervenant : 10710 DR. DOUAY LAMIAE	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 : 12/01/2024	EDITEE LE : 12/01/2024	PAR: HANOUD	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S		
			BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR		
			N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49		



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

MEDECIN DEMANDEUR

DR :

Nom : DAHMANI

Prénom : AHMED

DATE : 13/01/2024

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE DE L'INDEX DT F/P

RESULTATS

Absence de fracture osseuse nettement visible.

DR.M.ZERHOUNI
MEDECIN RADIOLOGUE
CNSS HASSANI



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Dahmani Ahmed

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

Age: 27 Ans

Tr de l'index dh

Rx de l'index dh
F + L

Le médecin traitant

Z =

T101

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Dahmani Ahmed

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

Age : 27 Ans

Tn de l'index dh

Rx de l'index dh

F + L

Le 12/10/2024

Dr. DOUAY LAMIAE
Pédiatre
Polyclinique Mère-Enfant
CNSS Hay Hassani

Le médecin traitant

Z = T101

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S
Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI
20200 CASABLANCA
Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71
INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 804434	N° SEJOUR : 240002170	FACTURE N° 2403000477		DATE D'ENTREE : 12/01/2024		DATE DE SORTIE : 12/01/2024					
ASSURE :				DESTINATAIRE : DAHMANI,Ahmed							
MALADE : DAHMANI,Ahmed		UF: 5003 RADIOLOGIE									
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 :									
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	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .	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 : 12/01/2024		EDITEE LE : 12/01/2024		PAR: HANOUD		ACCIDENT DE TRAVAIL :	
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :	
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S	
				BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR	
				N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49	

