

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

- 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

M22- 0053509

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENSMAIL Hamid
 Date de naissance : 2001/11/30
 Adresse :
 Tél. : 066664836 Total des frais engagés : 533,64 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/3/24
 Nom et prénom du malade : BENRAHMANIA Adim Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : BENRAHMANIA Adim
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Affection pulmonaire
 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 : 19/04/24 Le : 23/3/24
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
23-03-24	C+K5		253,54	M. ZGURDI Abderrahmane Service des Urgences Hôpital N°11 B6 Lissasfa Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LIR Dr. Amine JEDDI LOT 11 TIFAQ N°11 B6 Lissasfa Casa Tél: 05 22 65 01 81	23/03/24	253,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

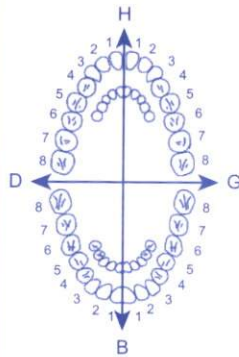
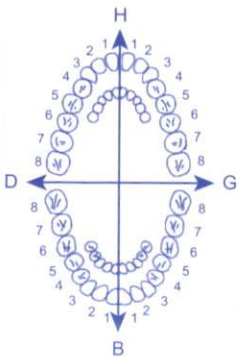
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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



وصفة
ORDONNANCE



le 23/3/2024

7. BEN RAMMANIA Agnès

SAFLY 200

1 pch - 200

60,50
Biovance

1 pch - 50

11,600
Zoonex 4

32,60
1000 2/20

- Emory 500

40,100
1200 2/20

- Effigrid 2

253,10

S.V

S.V

S.V

S.V

LOT: M1239
PER: 12/2025
PPV: 64,50DH

PHARM
Dr. Amid
Lot, ITTIFAQ N°11
Tel: 05 22

PPV: 116DH00
PER: 09-26
LOT: M 3266

LOT : 7463
PER : 09 - 26
P.P.V : 32 DH 60

EFFIPRED® 20 mg
PPV 40DH00
EXP 09/2026
LOT 36009 8

Dr. ZEQUENDY Ab
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghalef

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



1) Date de la constatation de l'état de malade :

23/3/24

2) Renseignements cliniques sommaires :

Bronchite Aiguë

3) Traitement envisagé et actes :

Repos et antibiothérapie

2) Durée prévisible du traitement :

Le Cabinet Abderrahmane
Service des Urgences
Hôpital CHS
Marrakech

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 : 1465425	N° SEJOUR : 240030462	FACTURE N° 2405008690		DATE D'ENTREE : 23/03/2024	DATE DE SORTIE : 23/03/2024
ASSURE :				DESTINATAIRE :	
MALADE : BENRAHMANIA,Amina		UF: 5002 URGENCES		BENRAHMANIA,Amina	
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :			
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
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. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				46.64					0.00	46.64
FOURNITURES MEDICALES				1.40					0.00	1.40

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	280.54						280.54
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
DEUX CENT QUATRE-VINGT DHS ET CINQUANTE QUATRE CENTIMES		REMISE :		0.00		REGLE :		
		RESTE DU :		280.54		AVOIR :		
DATE FACTURE : 23/03/2024		EDITEE LE : 23/03/2024		PAR: BILAL		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