

# 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.

### Diagnostique 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

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- 0037413

ND: 31136

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Khamlichi Mohamed

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : Hajar Tranche 2/2 1000 TK Apt 10 Ben Mouta

Case

Tél. : 0602154142 Total des frais engagés : 790,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/04/2020

Nom et prénom du malade : Fahim Fahim q. Khamlichi Age : 69

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff. Neu (Polyarthrite chronique)

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 : Cas Le : 04 / 04 / 2020

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               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/04/2020      | C                 |                       | 80100                           | Dr. CHARALASMAE<br>Médecin Généraliste<br>Polyclinique CNS<br>Sidi Bernoussi |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date   | Montant de la Facture |
|---|--------|-----------------------|
| PHARMACIE SAKANI<br>Dr. ELALLOU<br>Ahl el Ghilam Sidi Bernoussi - Casablanca<br>Tel: 022 74 13 52 | 8/4/20 | 9500                  |
| PHARMACIE SAKANI<br>Dr. ELALLOU<br>Ahl el Ghilam Sidi Bernoussi - Casablanca<br>Tel: 022 74 13 52 | 8/6/20 | 6160                  |
|   |        |                       |
|   |        |                       |
|   |        |                       |
|   |        |                       |
|   |        |                       |
|   |        |                       |
|   |        |                       |
|   |        |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

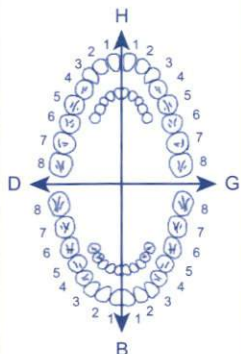
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|
|  |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             |                         |
|   |  |                  |             | 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

وصفة  
ORDONNANCE



Casablanca, le 08/04/2020

Favien - ep - /Chromilich  
Fakhr.

95, = Extra mag cp  
sup / 1 le son

PHARMACIE SAKANI  
Dr. CHARAI ASMAE  
Boulevard Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél: 022.74.13.52



Dr. CHARAI ASMAE  
Médecin Généraliste  
Polyclinique CNSS  
Sidi Bernoussi

# وصفة

## ORDONNANCE



Casablanca, le

08/04/2026

Farici ep Khamlich. Fatima

137 - paracetamol 50/100mg cp

sep x 2 / j q.s. p. 02 mus

19 - Diaminur 30mg cp

sep 1 / j q.s. p. 02 mus

9 - levothyrox 100mg  
26.40 x 2 sep 1 / j

5 - levothyrox 50mg  
03.10 x 3 sep + 1/2 / j

Dr. CHARAT ASMAL  
Médecin Généraliste  
Polyclinique C.N.S.S.

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

à prendre  
à jeun  
à l'heure du  
petit-déjeuner





6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160334



6 118001 160495  
**JANUMET® 50/1000 mg**  
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC **P.P.V : 437,00 DH**

710027234/010414-1

89,00

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 :                    | 404020 | N° SEJOUR : | 200012189     | <b>FACTURE N° 2005003373</b>   |                  | DATE D'ENTREE : 08/04/2020              |                          | DATE DE SORTIE : 08/04/2020 |                          |  |                          |  |
| ASSURE :                    |        |             |               | UF: 5002 URGENCES<br>N° IMMAT C.N.S.S :<br>N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :<br>N° SE. SOC. ETRANG. : |                  | DESTINATAIRE :<br><b>FARICI, Fatima</b> |                          |                             |                          |  |                          |  |
| MALADE : FARICI, Fatima     |        |             |               |  |                  |   |                          |                             |                          |  |                          |  |
| NOM JEUNE FILLE :           |        |             |               |  |                  |   |                          |                             |                          |  |                          |  |
| TIERS PAYANT 1 :            |        |             |               |  |                  |   |                          |                             |                          |  |                          |  |
| TIERS PAYANT 2 :            |        |             |               |  |                  |   |                          |                             |                          |  |                          |  |
| REF. PC 1 :                 |        |             |               | REF. PC 2 :  |                  |   |                          |                             |                          |  |                          |  |
| NATURE DE PRESTATION        |        |             | LETTRE<br>CLE | NOMBRE<br>x COEF   | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL                                   | TIERS PAYANT 1<br>% / Dh |                             | TIERS PAYANT 2<br>% / Dh |  | PART DU MALADE<br>% / Dh |  |
| CONSULTATION DE MEDECIN     |        |             |               |  |                  |   |                          |                             |                          |  |                          |  |
| CONSULTATION DE GENERALISTE |        |             | C             | 1.00   | 80.00            | 80.00                                   |                          |                             |                          |  | 0.00                     |  |

|   |  |                        |  |              |      |  |       |  |         |  |
|---|--|------------------------|--|--------------|------|--|-------|--|---------|--|
| Intervenant : 99968 DR. CHARAI ASMAE                            |  | TOTAUX :               |  | 80.00        |      |  |       |  | 80.00   |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>QUATRE-VINGT DHS |  |                        |  | PLAFOND PC : |      |  |       |  | ACOMPTE |  |
|   |  |                        |  | REMISE :     | 0.00 | REGLE :  | 80.00 |  | AVOIR : |  |
|   |  |                        |  | RESTE DU :   | 0.00 |  |       |  |         |  |
| DATE FACTURE : 08/04/2020                                       |  | EDITEE LE : 08/04/2020 |  | PAR : LAHBAR |      | ACCIDENT DE TRAVAIL :  |       |  |         |  |
| VISA  |  |                        |  |              |      | N° DE POLICE :   |       |  |         |  |
|   |  |                        |  |              |      | DATE AT :  |       |  |         |  |
|   |  |                        |  |              |      | Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI |       |  |         |  |
|   |  |                        |  |              |      | BANQUE : BMCE - BERNOUSSI  |       |  |         |  |
|   |  |                        |  |              |      | N° compte bancaire : 011780000049210006006888                              |       |  |         |  |