

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **Prothétique :**

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2176 Société : 32712

Actif  Pensionné(e)  Autre :

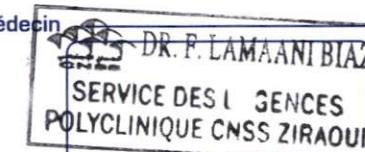
Nom & Prénom : RAMS MOUCHIAB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... cardiopathie

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) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

وصفة  
ORDONNANCE

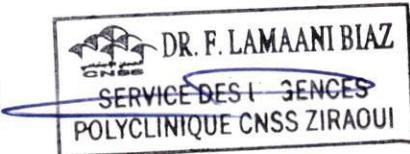
le 6 - 57 - 6060

Bouchairi Fathi

← transcription administrative

ordre ab initio +  
veinect +  
contre pectoral sur ariet  
les gros doigts + patient  
dure pour le veineal  
y a 20 g  
+ Midolpathic ATC D MCI

POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
CASABLANCA - ZIRAOUI  
Frais pris en charge



Polyclinique CNSS Ziraoui-Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - Casablanca  
Tél. n° : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Nom : Rami ..... Prénom : Rachid

1) Date de la constatation de l'état de malade : 6-7-2006

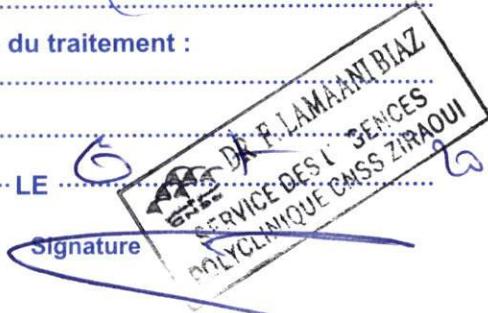
2) Renseignements cliniques sommaires :

.....  
.....  
.....

3) Traitement envisagé et actes :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2) Durée prévisible du traitement :

.....  
A Casablanca LE 6 JUILLET 2006  
Signature :   
.....

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	446946	N° SEJOUR :	200031442	<b>FACTURE N° 2003043302</b>				DATE D'ENTREE : 06/07/2020		DATE DE SORTIE : 06/07/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	RAMI BOUCHAIB				UF: 5003 RADIOLOGIE		RAMI BOUCHAIB				
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
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	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>		ECHOGR	1.00	200.00		200.00			0.00	200.00	

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00								200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	200.00			AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 06/07/2020	EDITEE LE : 06/07/2020	PAR: SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE :				DATE AT :			
		Règlement à effectuer à l'ordre de :				POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI				
		BANQUE :				B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :				011 780 00 00 43 210 00 60050 54				



0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP :	712628	N° SEJOUR :	200031441	<b>FACTURE N° 2005045683</b>				DATE D'ENTREE :		06/07/2020	DATE DE SORTIE :		06/07/2020		
ASSURE :								DESTINATAIRE :							
MALADE :	BOUCHAIB,Rami				UF: 5002 URGENCES		BOUCHAIB,Rami								
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :										
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :										
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	
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>		Acte de Spécialité Médicale		K	5.00	22.50	112.50						0.00	112.50	
Intervenant : 10234 DR LAMAANI BIAZ FOUZIA GENERALISTE						TOTALS :		112.50						112.50	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DOUZE DHS ET CINQUANTE CENTIMES						PLAFOND PC :							ACOMPTE :		
						REMISE :		0.00	REGLE :	112.50			AVOIR :		
						RESTE DU:		0.00							
DATE FACTURE : 06/07/2020 EDITÉE LE : 06/07/2020 PAR: SIBAI						ACCIDENT DE TRAVAIL :									
VISA						N° DE POLICE :						DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI									
						BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA									
						N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54									

POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
CASABLANCA - ZIRAOUI  
Prise pris le 06/07/2020