

# 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.

**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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040905  
 NP: 35974  
 Maladie     Dentaire     Optique     Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 431    Société :  
 Actif     Pensionné(e)     Autre :  
 Nom & Prénom : EL FAHASS ABIM  
 Date de naissance : 1938  
 Adresse : Rue 67 n° 2 EL ALIA 2 FLOUFA CAS  
 Tél. : 0674926958    Total des frais engagés : 6771,00    Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/01/2020  
 Nom et prénom du malade : EL FAHASS ABIM    Age : 82  
 Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant  
 Nature de la maladie : Cataracte bilatérale + glaucome  
 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 : 26/01/2020  
 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
24/07/20	ca		1500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.07.20	471

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	
	4/août/20					5600DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																									
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de																									
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> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">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																									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



الضمان الإجتماعي  
الجمهورية المغربية  
CNSSL  
Le devoir de vous protéger



درب غلف  
DERB GHALLEF

Dr. GHAFIRAM. H  
VERIFIE

PHARMACIE  
TAHIRI-JOUTI  
Docteur en Pharmacie  
687, angle Rd. Oued Sebou  
et Rue 150, El Oulfa  
CASABLANCA

26/07/2020

SC ANTISS Akbered

Distribué sous licence  
- LAPROPHAN S.A.-  
21, rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 157DH00

177, 3

Xalabean

(S.V)

Distribué sous licence  
- LAPROPHAN S.A.-  
21, rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 157DH00

27/07/2020

LATANO

Distribué sous licence  
- LAPROPHAN S.A.-  
21, rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 157DH00

47, 3

Dr. Souhaya GVEDIRA  
Maladie Oculaire  
Chirurgie des Yeux  
Polyclinique CNSS Derb Ghallef-Casablanca  
Tél : 05 22 86 30 20



CASABLANCALE, 26/11/2020

**NOM ET PRENOM DU MALADE**

EC BANTISS Ahmed

**PRESCRIPTION DES LUNETTES**

**VISION DE LOIN**

O. D + 1,25 (- 1,50 à 85°)  
O. G + 2,50  
Phosphors  
auhreff/oh  
Innovabla

**VISION DE PRES**

O. D add + 2,50  
O. G

**MONTURES**

2 paires  
Innovabla auhreff/oh

Dr. Boucraja Gualdrup  
Membre du Service Médical des  
Associations de Patients de la  
Région de Casablanca

# Optique EL FATH



# نظارات الفتحة

Bd. Moudiboukita, Bloc «J» N° 83  
Casa - GSM : 06 61 97 79 82  
Patente : 36616616

شارع موديبوكيتا بلوك «ج» رقم 83  
الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82  
الباتانت : 36616616

I.F : 40178251  
R.C : 377480  
ICE : 0008056000089

## FACTURE

N° 07239

Casablanca, le :

4 ~~juin~~ / 2020

M: El Fath Ahmed

06 61 97 79 82  
N° 07239  
CASABLANCA

N° de Nomenclature :

Docteur : Banchoa Guediza

Monture: optique 3100 DH

Verres: organique Photogris 3500 DH

VL: Antireflet 1

OD: +1,5 (50 à 85°)

OG: +2,50

VP:

OD: +2,50

OG:

Total : 5600 DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de

Cinqs Mille six cent DH

OPTIQUE EL FATH  
Bd. Moudiboukita Bloc (J)  
N° 83 - CASABLANCA  
Tel: 06 61 977 982

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 1155670	N° SEJOUR : 200042584	<b>FACTURE N° 2002010541</b>		DATE D'ENTREE : 24/07/2020	DATE DE SORTIE : 24/07/2020
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : EL FANTISS,Ahmed	
MALADE : EL FANTISS,Ahmed		N° IMMAT C.N.S.S :			
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10524 DR GUEDIRA BOUCHRA (OPHTALMOLOGUE)	TOTAUX :	150.00							150.00
--	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :		ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :	
	RESTE DU :	150.00	AVOIR :	

DATE FACTURE : 24/07/2020	EDITEE LE : 24/07/2020	PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL :	
---------------------------	------------------------	------------	-----------------------	--

VISA	N° DE POLICE :	DATE AT :
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef		
BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31		

