

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GARDER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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.n.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0028824

ND 37865

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0.1173 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELMOUFLIK Khaddour

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : 120 + 66,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/08/2020

Nom et prénom du malade : EL MOUFLIK Khaddour Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : diarrhée aigüe liquidiennne

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 : 10/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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
10.10.2022	CS		120,-	Dr Soufiane BELLABEES Médecin Urgences Polyclinique CNSS ZIRAOUI INPE : 111225710

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيادلة ابن كثير  <b>Pharmacie IBNQI KATIR</b>  <b>M'hamed QERMANE</b>,            Docteur en Pharmacie            22, Rue Impasse Ibnou KATIR            TEL: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA</p>	10/08/2020	66,90

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

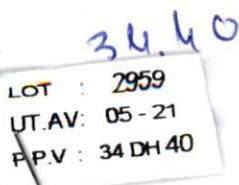
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

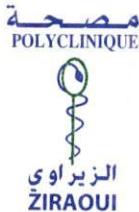


الضمان الاجتماعي  
C.N.S.S.  
Le devoir de vous protéger

مصحة زيراوي  
Dr. Soufiane BELLAÏBES  
M'hamed ZERMANI  
Docteur en Pharmacie  
22, Rue Impasse Ibenou KATIR  
Tél: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA  
32.50



# وصفة ORDONNANCE



le 10/08/2020

El Mouflich khadday

Metrozal 500mg cp S.V.  
1 cp x 21 Après repas  
Pdt 05 jours

Megasfon cp S.V.  
1 cp x 31 pdt 05 jours  
Avant repas

Dr Soufiane BELLAÏBES  
Médecin  
Urgences Polyclinique CNSS  
ZIRAOUTI  
INPE : 111225710

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

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 : 410026	N° SEJOUR : 200033893	<b>FACTURE N° 2005046964</b>				DATE D'ENTREE : 10/08/2020		DATE DE SORTIE : 10/08/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : EL MOUFLIH KHADDOUJ		UF: 5002 URGENCES				EL MOUFLIH KHADDOUJ				
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 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
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 COTES EN C</b> CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 260620 DR BELLABBES SOFIANE GENERALISTE	TOTAUX : 120.00								120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
	REMISE : 0.00	REGLE : 120.00						AVOIR :		
	RESTE DU: 0.00									
DATE FACTURE : 10/08/2020	EDITEE LE : 10/08/2020	PAR: LAMLIH	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			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						