

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

### Conditions générales :

- 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, soins dentaires spécialisés, extractions multiples, parodontologie, 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.

### Reéducation :

- 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.
- Un radio après soins n'est obligatoire que dans le 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - 1er étage - Angle Rue Mohamed El-Khatib et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (r.g.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-563214

ND: 42637 CM

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12327 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MDAGHRI FILALI MOUNIR

Date de naissance : 02/09/1985

Adresse : Des ALFIRDAOUS GHES A44 APPDT2 CASA

Tel : 0662087775 Total des frais engagés : 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MDAGHRI FILALI MOUNIR

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

Nature de la maladie : Fracture pied

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.

Dr. AZAGUI Yassine

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis par la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance des clauses relatives à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/10/2019

| 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 |
| 28/09/20                       |                   | ca                    | 150,00                          |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|---|---|---------------------|--------------------|----------------------------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|-----------|--|---------|-----------|--|---|--|--|-------------------------|--|
| Le praticien est prié de viser la dent traitée. Indiquer la nature des soins.   |   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
| Important : Veuillez joindre les soins par pièces ou pas de prothèse. Le traitement doit être inscrit sur le bilan de l'II. |   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
| SOINS DENTAIRES   | Dents traitées  | Nature des Soins    | Coefficient        | INF : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    | COEFFICIENT DES TRAVAUX    |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    | MONTANTS DES SOINS         |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    | DEBUT D'EXECUTION          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    | FIN D'EXECUTION            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>255/2412</td> <td>1/48/150</td> <td></td> </tr> <tr> <td>200/1000</td> <td>1000/100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>1000/100</td> <td>1/100/100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>155/141</td> <td>1/250/150</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                     | H                  |                            |  | 255/2412 | 1/48/150 |  | 200/1000 | 1000/100 |  | D |  | G | 1000/100 | 1/100/100 |  | 155/141 | 1/250/150 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
|   | H   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   | 255/2412  | 1/48/150            |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   | 200/1000  | 1000/100            |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   | D   |                     | G                  |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   | 1000/100  | 1/100/100           |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   | 155/141   | 1/250/150           |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   | B   |                     |                    |                            |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |           |  |         |           |  |   |  |  |                         |  |
|   | (Creation remonte ordonnance)   |                     | 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



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 : 533120  | N° SEJOUR : 200031499 | <b>FACTURE N° 2002013660</b>           |                  | DATE D'ENTREE : 28/09/2020                      |                                  | DATE DE SORTIE : 28/09/2020 |                                  |  |                                  |        |
| ASSURE :   |                       |  |                  | DESTINATAIRE :<br><b>MDAGHRI FILALI, Mounir</b> |                                  |                             |                                  |  |                                  |        |
| MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir                        |                       | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI |                  |   |                                  |                             |                                  |  |                                  |        |
| 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                                   | LETTR<br>CLE          | NOMBRE<br>x COEF                       | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL   | TIERS PAYANT 1<br>% / Dh MONTANT |                             | TIERS PAYANT 2<br>% / Dh MONTANT |  | PART DU MALADE<br>% / Dh MONTANT |        |
| CONSULTATION DE MEDECIN<br>CONSULTATION DE SPECIALISTE | Cs                    | 1.00                                   | 150.00           | 150.00  |                                  |                             |                                  |  | 0.00                             | 150.00 |

|   |                        |                                      |                       |                                       |        |          |        |
|---|------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------|----------|--------|
| Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE                           | TOTAUX :               | 150.00                               |                       |                                       |        |          | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS |                        | PLAFOND PC :                         |                       |                                       |        | ACOMPTE: |        |
|   |                        | REMISE :                             | 0.00                  | REGLE :                               | 150.00 | AVOIR :  |        |
|   |                        | RESTE DU:                            | 0.00                  |                                       |        |          |        |
| DATE FACTURE : 28/09/2020   | EDITEE LE : 28/09/2020 | PAR: FAZAZI                          | ACCIDENT DE TRAVAIL : |                                       |        |          |        |
| VISA  |                        | N° DE POLICE :                       |                       | DATE AT :                             |        |          |        |
|   |                        | Règlement à effectuer à l'ordre de : |                       | POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI |        |          |        |
|   |                        | BANQUE :                             |                       | BMCE - BERNOUSSI                      |        |          |        |
|   |                        | N° compte bancaire :                 |                       | 011780000049210006006888              |        |          |        |