

# 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.

## 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

- Reclamation : 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 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](http://www.mupras.com)

NP : 21619

## Déclaration de Maladie : Nº P19- 0014850

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2869 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHOUIRY ABDERRAHMANE Date de naissance :

Adresse : 29 Rue Benafsaï - Hay Erreha

Tél. 06.77.90.90.84 Total des frais engagés : 150 DH + 213,10 - 108,60 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Zakia Soubhi**  
**ORL**  
Polyclinique CNSS Derb Ghallef  
Casablanca

Date de consultation : 03/02/20

Nom et prénom du malade : FARHAT Halima Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

capteur ore

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 : S.A.S.

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

#### **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
03/02/20	G	C	100	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourguistour	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HIBA Hay Raja Rue Banatsaje 51 Bis Beausejour - Casa Tél: 022.94.99.34	03/02/20	213,10
PHARMACIE HIBA Banatsaje Casa	10/02/20	108,60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature de l' Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
N°51 B Haut-Tarif			

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 l'ODT.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# وصفة ORDONNANCE

Le 03/02/20...

Dr. Faizi Halim

S.V

S.V

S.V

**PHARMACIE HIBA**

12 Rue Banafsaj  
Derb Ghallef - Casablanca  
Tél.: 022.94.99.34

149,50

١٤٩,٥٠

44,20

٤٤,٢٠

١٤ Difal ٣٠

٣٠

19,40

١٩,٤٠

Antibio syrup

٣٠ a ٣٠: ٦٧٢٢

213,10

٢١٣,١٠

Dr. Zakia Soubhi

ORL

Polyclinique CNSS Derb Ghallef

Casablanca

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

**ANTIBIO SYNALAR**

19,40



149,50



وصفة  
ORDONNANCE

Le 16/02/20

Fathia Halima

-

33,00

1) Sperlin 1K  
+  
Solemedine 800 mg

S.V

3) T 37  
Durez

1-

65,00

4) Drogard 2g

S.V

3) 30g; hydralate en une pa

10,60

S.V

3) Dolostop 2g

Dr. Zakia Soubhi  
QRL

زنقة الضمان - درب غلف - الباب السادس - الهاتف 052863020 - فاكس 0522864205 - N° 51 Bis Beausejour - Casablanca

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

108,60

33,00

LOT : A090415  
PER : 06-2022  
PPV : 33,00DH



65,00



10,60  
LOT : 5826  
U.T. AV : 10.22  
P.P.V : 10 DH 60



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 : 1131190	N° SEJOUR : 200009440	<b>FACTURE N° 2002002725</b>				DATE D'ENTREE : 03/02/2020		DATE DE SORTIE : 03/02/2020				
ASSURE :						DESTINATAIRE :		FARIHI, Halima				
MALADE : FARIHI, Halima		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 :		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	
CONSULTATION DE MEDECIN.		CS	1.00	150.00	150.00						0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE												

Intervenant : 10531 DR SOUBHI ZAKIA (O.R.L)	TOTALS :		150.00								150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
					REMISE : 0.00		REGLE : 150.00				AVOIR :	
					RESTE DU : 0.00							
DATE FACTURE : 03/02/2020	EDITEE LE : 03/02/2020	PAR: AZEDIN	ACCIDENT DE TRAVAIL :		DATE AT :							
VISA			N° DE POLICE :									
		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										



Dr. Zakia Soubhi  
ORL  
Polyclinique CNSS Derb Ghallef  
Casablanca