

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.



ND: 29732  
Déclaration de Maladie

Nº P19- 068552

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUKDOUR Brahim

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse :

CASA

Tél. : 0663471851

Total des frais engagés : 169,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zakia Soubhi  
ORL

Polyclinique CNSS Derb Ghallef  
Casablanca

Date de consultation : 19/06/2020

Nom et prénom du malade : BOUKDOUR Brahim Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

28 JUIN 2020

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 : CASA

Le : 19/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Pauline

## 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
19/06/2020	C2	150 HT		<i>Dr. Zakia Soubhi ORL Polyclinique CNSS Derb Ghallet Casablanca</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> Dr. Zakia Soubhi - Casablanca Téléphone: 022-6024-08	19/06/2020	19 HT

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

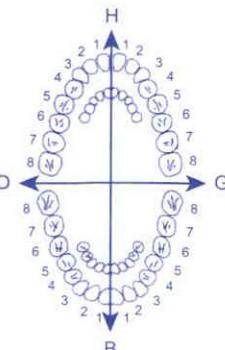
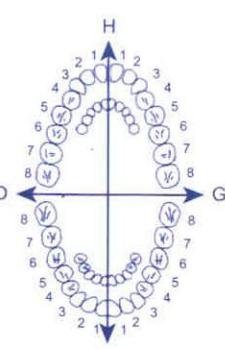
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'acte.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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



درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة ORDONNANCE

Le 19/6/20

Bonjour Brigitte

A Antibiotycal

TS

3 ml x 2 fl

لار

19/6/20

ANTIBIO SYNALAR

CEPHALOSYNTETIC SYNTETIC  
SULFAMIC SULFAMIC  
61, Bd Addame, Casablanca  
Téléphone : 022.86.34.68

Dr. Lakia Soubhi  
Polyclinique CNSS Derb Ghallef  
Casablanca

19/6/20



SVP Pour PEC Pharmacie Mohamed T-CASA

# مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

Centre d'Hématologie & Oncologie

MLe = 4151

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes - Enfants  
Oncologie Pédiatrique  
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين والأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, Le :  
**22 juin 2020**

**BOUKDOUR Brahim**

**1/ PEGASYS 135 µG SOLUTION INJECTABLE**

1 inj SC /sem x 3 mois

Dr. Saâdia ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
Gsm: 06 62 54 23 07

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 :	1148540	N° SEJOUR :	200033234	<b>FACTURE N° 2002007612</b>				DATE D'ENTREE :	19/06/2020	DATE DE SORTIE :	19/06/2020	
ASSURE :	-	-	-					DATE D'ENTREE :	-	DATE DE SORTIE :	-	
MALADE :	BOUKDOUR,Brahim				UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				DESTINATAIRE :		
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :					BOUKDOUR,Brahim		
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
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant :	10531 DR SOUBHI ZAKIA (O.R.L)	TOTAUX :	150.00							150.00
---------------	-------------------------------	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

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

DATE FACTURE :	19/06/2020	EDITEE LE :	19/06/2020	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 :  
 N° compte bancaire :  
 BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA  
 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

Dr. Zakia Soubhi  
 ORL  
 Casablanca  
 Polyclinique CNSS Derb Ghallef