

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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	adhésion@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 Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alai 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)



## Déclaration de Maladie

N° W19-535963

60801

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04820

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TOUHARI Abdellah fid

Date de naissance :

10-12-1957

Adresse :

Mazola, Rue 3, 1er étage 27.377 Casab

Tél. :

525,90 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/12/2020

Nom et prénom du malade :

TOUHARI Abdellah fid

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Appel d'air Gynéco logique

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 :

Le : 10/12/2020

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
01/01/21	20	C8	150.00	Messala JALLOU Obstétricien gique Médecin Hassani - Dr. 51287464

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

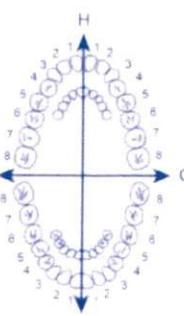
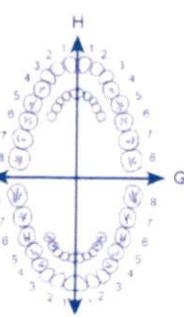
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
		<b>H</b> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> </table> <b>D</b> <b>G</b> <b>B</b>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<hr/>																
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>											
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>											



## الضمان الاجتماعي

CNSS

### Le devoir de vous protéger

# وصفة ORDONNANCE

## مصحة POLYCLINIQUE



## Mère - Enfant Hay Hassani

01/12/20  
Le .....

16

g. Poujatini fils

Lot: 200413  
A consommer de  
préférence avant le: 08/2025  
PPC: 70-20-DH

PPC: 79,80 DH

29/9/80

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
DE TIR ABDO HAZIZ  
58, Rue Mly Thami - Hay Hassani  
Tél: 022 90.21.67 - Casab

Dr. Mostafa LAALIADOU  
Gynécologue - Obstétricien  
Polyclinique Méde-Enfant  
CNS Sayyidina - Casa  
= 37596 41,7

Dr. Mostafa LAALAOUI  
Gynécologue - Obstétricien  
Clinique Mère-Enfant  
14, rue Sidi El Abla, Casablanca

61  
C 7 10 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

41,20

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sébaa Casablanca  
DUPHASTON 10MG 1P  
PEL B20 MV  
PPV : 84,90 DH

6 118000 010517  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
DUPHASTON 10MG CP

PEL B20 MV  
PPV : 84,90 DH

5 118000 010517

Q1 Zenata Ain sebaa Casa blanca  
DURHASTON 10MG CP

PEL. B20 MV  
PPV : 84,90 DH

6 118000 010517

200

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S  
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
 20200 CASABLANCA  
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



14

N° IPP :	689936	N° SEJOUR :	200025274	FACTURE N° 2002006881			DATE D'ENTREE :	01/12/2020	DATE DE SORTIE :	01/12/2020
ASSURE :							DESTINATAIRE :	JOUHARI, Hiba		
MALADE :	JOUHARI, Hiba			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	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant :	138042 DR. LAALIAOUI MOSTAPHA	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 DU:	0.00					

DATE FACTURE :	01/12/2020	EDITEE LE :	01/12/2020	PAR:	IKAJTA	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :				DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S  
 BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR  
 N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49