

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **diologie 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.

## **éducation :**

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**

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

Maladie

Dentaire

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2841 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés: 23000 Dhs + 100 Dhs = 23100 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. Bouchra GUEDIRATE  
Ophtalmologiste  
Maladie et Chirurgie des yeux  
Chef Service Urgence  
Hôpital CNSS Debbagh-Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/06/2021

### 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
08/06/2021	6	150.00		Dr. Souhila GUEDIRI Ophtalmologue Maladie et Chirurgie des Yeux Cher Service Urgence Hôpital CRSS Durb Gellel-Casablanca Tél : 05 22 22 22 22

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

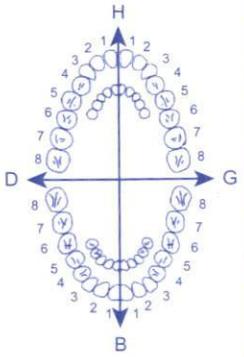
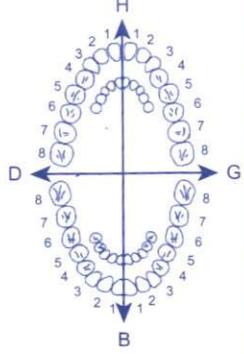
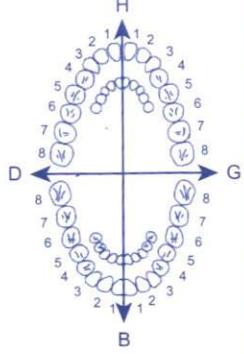
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	12/6/2021					230.00

### 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 d

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000	B 00000000	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Optique Douskati نظارات دوسكاتي

S. Ennajd Derb Ghallaf N° 1 - Casablanca

س النجد درب غلف رقم 1 - البيضا.

Facture № 000892

Patente : 34712750 / IF : 40171564  
RC : 409976 / ICE : 001782127000003

Casa le 12/6/2021

NOM SAMIL

PRENOM EL MUSTAFA

DOCTEUR Dr. Ch. R. C. A. D. R. P.

PRIX

VL	OD : AXE .....	71	CYL .....	1	SPH .....	+1	600
VP	OG : AXE .....	CYL .....	SPH .....	No	No	250	
	OD : AXE .....	71	CYL .....	1	SPH .....	+37	400
Monture	OG : AXE .....	CYL .....	SPH .....	No	No	250	
Verres						800	
	Facture Arrêtée à la somme de					2300	

المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



POLYCLINIQUE



Dr. Bouchra  
DERB CHALLEF

CASABLANCA LE,

08/06/2014

### NOM ET PRENOM DU MALADE

Bent El Bousfi

### PRESCRIPTION DES LUNETTES

#### VISION DE LOIN

O. D +1 (-1 à -75)

O. G 100%

#### VISION DE PRES

O. D 100% + 275

O. G

#### MONTURES

Montable astinell

Dr. Bouchra GEDIRA  
Ophtalmologiste  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
Chef Service Urgence  
Polyclinique CNSS Derb Galali-Casablanca  
Tel: 05 22 85 30 22 27

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

0662132226

N° IPP : 1061663	N° SEJOUR : 210043282	<b>FACTURE N° 2102011587</b>				DATE D'ENTREE : 08/06/2021		DATE DE SORTIE : 08/06/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : JAMIL,El Mostafa		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				JAMIL,El Mostafa				
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
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : 10524 DR GUEDIRA BOUCHRA (OPHTALMOLOGUE)		TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE :
					REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :
					RESTE DU:	150.00				
DATE FACTURE : 08/06/2021		EDITEE LE : 08/06/2021		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 :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
					N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31				