

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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)



0661241148

Déclaration de Maladie

Nº M21- 072144

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1794 Société : 80529

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJD EL ARRJI

Date de naissance : 01 01 1953

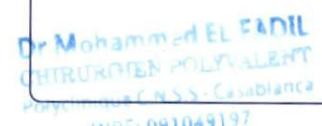
Adresse : 91 BD SMARA H MY ABDELLAH CASA

Tél. : 06.61.24.11.48

Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/2021

Nom et prénom du malade : Majd Amine

Age : 61 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : CARA 11-08-2021 Le : 11-08-2021

Signature de l'adhérent(e) :

El ABDELLAH CASA

Autorisation CNDP N° : AA-275 / 2019

## **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
28/07/2021	Ex Séligation CNSG	/	150 dh	Dr Mohamad EL FADIL CHIRURGIEN GENERAL Hôpital de Casablanca TÉL: 01049197

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Le 10/01/2015 L'An 5555		

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. LENNAN & ASSOCIATES LTD. Medecin Radiologue	28/12/2018	100	100

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

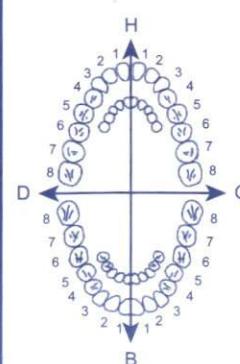
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 28/04/2021

Majd el arbi

Une fracture en regard de  
l'omoplate Gauche

Echographie

Dr M. FADIL  
CHIRURGIEN D'URGENCE  
POLYCLINIQUE DERB GHALLEF  
Dr N. KADDOUBI FADIL

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 :	1230007	N° SEJOUR :	210058008	<b>FACTURE N° 2105035951</b>				DATE D'ENTREE : 28/07/2021		DATE DE SORTIE : 28/07/2021	
ASSURE :			UF: 5002 URGENCES					DESTINATAIRE :		MAJD,Amina	
MALADE :	MAJD,Amina		N° IMMAT C.N.S.S :								
NOM JEUNE FILLE :											
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	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00	

Intervenant : 2042013 DR BENNANI RTEL ASMAE (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00								200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :									ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS									AVOIR:	
DATE FACTURE : 28/07/2021	EDITEE LE : 28/07/2021	PAR: MOURAD	PLAFOND PC :							
VISA			REMISE : 0.00	REGLE :						
			RESTE DU: 200.00							
			ACCIDENT DE TRAVAIL :							
			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							

## 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 :	1230007	N° SEJOUR :	210057943	<b>FACTURE N° 2102015129</b>				DATE D'ENTREE :	28/07/2021	DATE DE SORTIE :	28/07/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :	MAJD,Amina		
MALADE :	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	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>											
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	21072014 DR EL FADIL MOHAMED (CHIRURGIEN)			TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS					REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR:	
					RESTE DU:	150.00					
DATE FACTURE :	28/07/2021	EDITEE LE :	28/07/2021	PAR:	ZBIRY	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL</u>					
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					