

# 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ique :

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.

## adie 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 à 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)

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2562

Société : RAT 82667

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Retraite

Nom & Prénom : CH Titi Boucha B

Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : Lot Dabouz KANQ 82 Sidi El Aouf

CASA

Tél. : 0663 3933 69

Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr GUENNOUNI BASS  
Polyclinique CNSS 2<sup>e</sup>  
Service des urgences*

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : Emphysème pulmonaire

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 : 03/09/2021



### 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
30/11/2012	GUENNOUNI BASSAME	120	120.60	GUENNOUNI BASSAME Polyclinique CNSS Ziraoui Service des urgences
	SECURITE SOCIALE			
	URGENCE			
	ENURGENCE			

### 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
		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 :

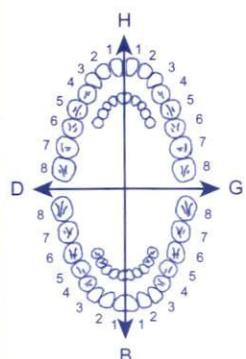
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....

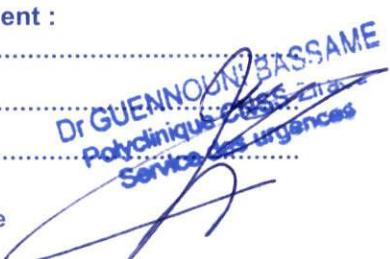
1) Date de la constatation de l'état de malade :

.....  
= *Gynéco*  
*puh.*  
.....  
.....

3) Traitement envisagé et actes :

.....  
= *Fusig 1K.*  
.....  
.....

2) Durée prévisible du traitement :

.....  
A ..... LE .....  
Signature   
Dr GUENNOU BASSAME  
Polyclinique ZIRAOUI  
Service d'urgences

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	699864	N° SEJOUR :	210011162	FACTURE N° 2105004309				DATE D'ENTREE : 30/08/2021				DATE DE SORTIE : 30/08/2021			
ASSURE :												DESTINATAIRE :			
MALADE : CHMITI, Bouchaib				UF: 5002 URGENCES											
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					
AUTRES ACTES COTES EN K															
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMIE HEURE	FURG15	1.00	100.00	100.00							0.00	100.00			
ACTES COTES EN C															
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00							0.00	80.00			
FOURNITURES MEDICALES				8.60							0.00	8.60			

Intervenant : M0200024 DR GUENNOUNI BASSAME	TOTAUX :	188.60										188.60		
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :								ACOMPTE :		
CENT QUATRE-VINGT HUIT DHS ET SOIXANTE CENTIMES				REMISE :	0.00	REGLE :	188.60					AVOIR :		
				RESTE DU :	0.00									
DATE FACTURE : 30/08/2021	EDITEE LE : 30/08/2021	PAR: SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :											
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de :				POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI						
				BANQUE :				B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA						
				N° compte bancaire :				011 780 00 00 43 210 00 60050 54						