

# 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.

## Biologie 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

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2451

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : A.H.I.1.D

Mustapha

Date de naissance : 1949

Adresse : Res. el fajr Immo. Ri hane N° 4  
Hay el qads Sidi Bernoussi

Tél. : 0662.87.09.31 Total des frais engagés : 773,38 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/12/2021

Nom et prénom du malade : A.H.I.1.D Fatima

Age : 1951

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Syndrome grippel

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 : Casablanca

Le : 29/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

## Déclaration de Maladie

Nº M21- 074885

ND: 98498



N° IPP : 551933	N° SEJOUR : 210047428	FACTURE N° 2105011945				DATE D'ENTREE : 29/12/2021				DATE DE SORTIE : 29/12/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE :							
MALADE : AHRID,Fatima				UF: 5002 URGENCES				AHRID,Fatima					
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			
ACTES COTES EN K	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50			
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				100.68					0.00	100.68			
FOURNITURES MEDICALES				3.10					0.00	3.10			

Intervenant : 10687 DR TALHA IMANE	TOTAUX :	216.28											216.28
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :												ACOMPTE:
DEUX CENT SEIZE DHS ET VINGT HUIT CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :										AVOIR:
	RESTE DU:	0.00											
DATE FACTURE : 29/12/2021	EDITEE LE : 29/12/2021	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :										
VISA	N° DE POLICE :			DATE AT :									
	Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI									
	BANQUE :			BMCE - BERNOUSSI									
	N° compte bancaire :			01178000049210006006888									

وصفة  
ORDONNANCE



سيدي البرنوصي  
Sidi Bernoussi

le ..... 23/12/2011

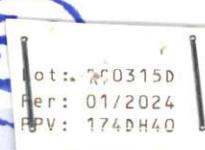
Ahmed fatima

Augmenter sachet 1

1 sachet x 31g



Pharmacie RIAD AL QODS  
38 Bis, Cr. Zenata  
Hay Al Qods - Casablanca  
Tél : 0522.73.21.91



d) Azid

1 g 1/2

reflo.gacot 1 g 30

1 cp 1/2 Mati

elaxine 1 sachet x 31g

55

14260

VITAMINE C 1g  
Boîte de 20 comprimés effervescents  
P.P.V.: 26,50 DH

6 118000 190936

126150

Dolipan 1g x 31

55

Brofate vitamine C

1 cp x 21g

AS

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

POLYCLINIQUE CNSS SIDI BERNOUSSI

Fax : 05.22.73.15.72

Tél : 05 22 73 21 91

557,10