

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10024 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENOUIAR MOHAMED

Date de naissance : 03/10/1969

Adresse : 72, qt M. Zoua, Rue A. Hay Hassani, Casablanca

Tél. : 0626.09.02.00

Total des frais engagés : 1.024.141.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. LAMRIMED Youssef*  
INPE : 109090555

Date de consultation : 28/01/2012

Nom et prénom du malade : BENOUIAR SARAH FIDEL KATE Age : 04 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Plaie

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 : DA SABLAN CA

Le : 28/01/2012

Signature de l'adhérent(e) :

*R.A.M.*

## 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
28/11/2022	92	1	190 DH	MRIMED YOUSSEF Pédiatre 109090555

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMA DRIBINIA - Pharmacie de la Côte d'Or	28/5/22	141,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 de l'ODF.

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		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

# وصفة ORDONNANCE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Le 28-5-22.

Banquet  
Sohs eddeui

70160

1/ Augmentin 500  
A de 161 g + 30g

30/100

2/ Betixi 80 mg + 50 mg

3/ Diflunisal 300 mg  
A 100 mg + 50 mg

4/ Sofmer 200 mg + 80 mg

PPV: 70,60 DH  
LOT: 648754  
PER: 01/2024

LOT : 8499  
UT. AV : 04 - 24  
P. P.V : 30 DH/00

12/80 Yousser

120 DH/80  
PPV : 08/22  
PER : 08/22  
LOT : 1190

Lot : 28,10  
EXP :  
PPV (DH):

ZANNAH

14/ Ben et Yaqi

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT  
 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



N° IPP :	738537	N° SEJOUR :	220016863	<b>FACTURE N° 2205006034</b>				DATE D'ENTREE : 28/05/2022 DATE DE SORTIE : 28/05/2022					
ASSURE :								DESTINATAIRE :				BENOUAR,Salaheddine	
MALADE :	BENOUAR,Salaheddine				UF: 5002 URGENCES								
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	
<b>CONSULTATION DE MEDECIN</b>		CsN		1.00	190.00	190.00						0.00	190.00

Intervenant : 470098 DR LAMRIMED YOUSSEF	TOTAUX :	190.00										190.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :									ACOMPTE:
CENT QUATRE-VINGT DIX DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	190.00						AVOIR:
DATE FACTURE : 28/05/2022	EDITEE LE : 28/05/2022	PAR: HAYAT	RESTE DU:	0.00								
VISA			<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>									
N° DE POLICE : DATE AT :												
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT												
BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR												
N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49												

