

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037186

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1092 Société : RAM ND 132770
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KOUSSAIMY MUSTAPHA
Date de naissance : 1948
Adresse : 3BIS Rue HIRAR ELABIDI CASA
Tél. : 0666814672 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Bouchra BENNOUNA
RHUMATOLOGUE
Spécialiste en Maladies des Os
Articulations et Colonne Vertébrale
Gsm: 06.61.45.47.64

Date de consultation : 2/9/2022
Nom et prénom du malade : Boukallaba Khadya Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cervicalgies chroniques.
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 : CASA Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/09/22 | | 05 | 150,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DES ENFANTS Dr. BOUHDIA Nadia 34, Rue Ibnou Janir - Bourgogne Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca | 28/09/2022 | 218.50 DH |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

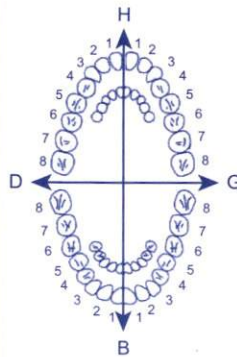
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| N° OAROUAL Khadouj Infirmière Diplôme d'Etat Age No 1508 Tél. 29 59 12 150, Angle Bd. Bourgoine et Med Meknassi CASABLANCA | 08/09/2022 | | | | | IM N° 1 x 15 150 DH |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 |
| | | | | |

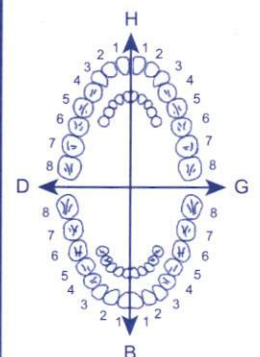
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



| | |
|-------------------------|--|
| Coefficient DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORI

Distribué par MSO Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 66.60 DH

GTIN: 06118001260850
LOT: 3935
MFG: 01 2022
EXP.: 01 2025
PPV: 940hs00



le 7/9/2022

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUJIDA Nadia
34, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne
Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca

CORTANCYL 5mg
CP SEC B30
LOT: 21E090V
PER.: 10 2024
P.P.V.: 22DH80
6 1180001260835

Boukallabba Khadija

56.60
Diprostène

1inj IM

22.80

Cortancyl 5mg

2Cp 1j le matin après pr^h déj

22.80

Cédoxol: 1Cp x 3/j (10j)

53.10

Relaxol: 1Cp x 2/j (7j)

Hydroflex: 1Cp le soir

248

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



| | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|------------------|--|--------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| N° IPP : 749527 | | N° SEJOUR : 220028860 | | FACTURE N° 2202009049 | | DATE D'ENTREE : 07/09/2022 | | DATE DE SORTIE : 07/09/2022 | | | |
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | | |
| MALADE : BOUKALLABA, Khadija | | | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | BOUKALLABA, Khadija | | | | | |
| 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 % / Dh MONTANT | | TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT | | PART DU MALADE % / Dh MONTANT | |
| ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE | | Cs | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 150.00 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|--|--------------|--|--|--|---------|--|-----------|--|---------|--|
| Intervenant : 30112009 DR BENNOUNA BOUCHRA RHUMATOLOGIE | | TOTAUX : | | 150.00 | | | | | | 150.00 | | | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE : | | | |
| | | | | REMISE : | | 0.00 | | REGLE : | | 150.00 | | AVOIR : | |
| | | | | RESTE DU : | | 0.00 | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 07/09/2022 | | EDITEE LE : 07/09/2022 | | PAR: SIBAI | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | | |
| VISA | | | | | | N° DE POLICE : DATE AT : | | | | | | | |
| | | | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54 | | | | | | | |

