

# 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

- Réclamation : 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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	6733	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	138537
Nom & Prénom :		LAMNADOUA2 Abdelfaziz	
Date de naissance :		29-11-58	
Adresse :		B7-TANZAN Groupe E-n°10 ELMANAR	
Tél. :		0662800924	Total des frais engagés : 674.10 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : ..... Le : 04/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



## 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
04/10/2022	C2	# 150	NSU Consultation Polyclinique Deo-Ghaliel CNSS	ALAHOUASSI Générale 04/10/2022

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EDEN ROCK Dr. Hanan HABOUCHA 60, Avenue Taktan & Bd La Corniche CASABLANCA - Tel. : 05 22 36 35 30	04/10/20	524,- Dhs

## **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
		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'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8. The upper arch has a central symbol 'P' and the lower arch has a symbol 'H'. Arrows at the top point to 'H' and 'P', while arrows at the bottom point to 'B' and 'H'. A large arrow on the left points to 'D' and 'B', and a large arrow on the right points to 'G'.

#### **[Création, remont, adjonction]**

ctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 04/10/14

Mr Lamoumer

Abdelaziz

PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HABOUCHA,  
60, Avenue Tantan & Bd La Corniche  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 36 35 30

1<sup>o</sup>) Feiphen

1 - 0 - 1 x 1 mois  
puis  
0 - 0 - 1 x 2 mois

89.00 - X3

S.V.

Lot :  
À consommer de préférence avant le :  
PPC : 89,50 DH

Lot :  
À consommer de préférence avant le :  
PPC : 89,50 DH

2<sup>o</sup>) Maxitone

1 amp/j le matin

89.

S.V.

PPV	28,80
LOT	
PER	

3<sup>o</sup>) Tétra-Mag.

1 gél le soir x 01 le

S.V.

PPV	28,80
LOT	
PER	

TSVP

60) Vitamevil Fort. 28.8.22

1 - 1 - 1 x 01 units



524/10

~~Dr JALAI Ouassina  
Spécialiste en Médecine  
Infirmier à Genève  
091031185~~

~~PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HABOUCHA  
60, Avenue Tantan & Bd La Corniche  
CASABLANCA - Tel.: 05 22 38 35 30~~

TETRAMAG 30 CAPSULES  
Complément alimentaire  
Poids net 29.19 g  
LOT:  
PER:  
PPC: 95.00 DH

T480  
11/2023



**FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Bouteille de 10 flacons uni-doses,  
avec bouchon risérvoir et poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

**FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Bouteille de 10 flacons uni-doses,  
avec bouchon risérvoir et poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

## POLYCLINIQUE CNSS - 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 : 1327468	N° SEJOUR : 220088586	<b>FACTURE N° 2202021656</b>				DATE D'ENTREE : 04/10/2022		DATE DE SORTIE : 04/10/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		LAMNAOUAR,Abdelaziz		
MALADE : LAMNAOUAR,Abdelaziz		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
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0100005 DR JALAL OUASSIMA	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 : 04/10/2022	EDITEE LE : 04/10/2022	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			DATE AT :						
			N° DE POLICE :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef						
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

POLYCLINIQUE CNSS  
 Derb-Ghallef  
 Aisse Consultation