

# 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0053501

144191

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENRAHMANIA Amina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661664836

Total des frais engagés : 150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR FOUAD BAROUDI

Chirurgie Générale  
Polyclinique SNSS  
Derb Ghallef - Casablanca  
N°INP: 091017749

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/01/2023

Nom et prénom du malade : BENRAHMANIA Amina 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 :

09 JAN. 2023

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 : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
02/04/23	C		150,-	DOCTEUR FOUDJAH BACHIR Chirurgien Généraliste Clinique SNS5 Boulaif - Casablanca 091017749

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

#### **RELEVÉ 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
D	25533412      21433552
	00000000      00000000
	00000000      00000000
	35533411      11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# وصفة ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le .....

د- بليزid إبراهيم  
Dr. BELYAZID Brahim  
CHIRURGIEN جراح  
24, ANGLE BD. Abdelloumen, Bd. Anoual  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 86 30 10  
GSM: 06 61 19 65 96

DOCTEUR FOUAD BAROUD.  
Chirurgie Générale  
Polyclinique SNSS  
Derb Ghallef - Casablanca  
N°INP: 091017749

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 02/01/2022

Mme BEN RAHMANIA  
Amine

Echographie

Prfci: abdominal

~~RC Herine ligne bleue~~

~~DOCTEUR EOUAD BAROUDI  
Chirurgie Générale  
Polyclinique SNSS  
Derb Ghallef - Casablanca  
N°INP: 091017749~~

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 : 1350570	N° SEJOUR : 230000329	<b>FACTURE N° 2302000059</b>			DATE D'ENTREE : 02/01/2023	DATE DE SORTIE : 02/01/2023				
ASSURE :					DESTINATAIRE :					
MALADE : BENRAHMANIA,Amina		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI			BENRAHMANIA,Amina					
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
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 04072019 DR BAROUDI FOUAD CHIRURGIEN		TOTALS :		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 : 02/01/2023		EDITEE LE : 02/01/2023 PAR: LAGRIB		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL:</u>						
VISA				N° DE POLICE :					DATE AT :	
				Réglément 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					

Caisse Consultation  
Polyclinique CNSS  
Derb-Ghallef