

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-777285

149912

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13181 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Alaoui Ben Chad Nizar

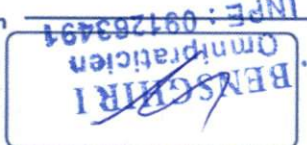
Date de naissance : 11/11/1994

Adresse :

Tél. : 0658-36-72-26 Total des frais engagés : 409,97 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 21/12/2011

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BEN CHAD NIZAR Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 30 / 12 / 2011

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

### 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 Angée 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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/10/2022      |                   | En 24 - Ali           | 179,67                          | DR. BENSCHIR   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 21/12/2022 | 230,30                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

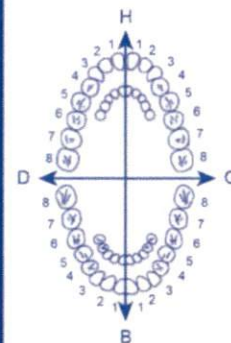
# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

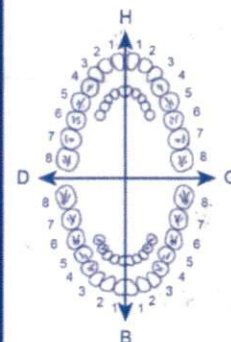
# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# SOINS DENTAIRES



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



وصفة  
ORDONNANCE



Le 21/12/22

EL AAOUI BENGHAO NITAR

79,70  
1/ Aza 50mg 4  
up 1J - 03 jan

14,80  
2/ Vita C 1g 4 x  
up 1J - 10 jan

69,00  
3/ Doliprane 1g 4 x  
up 1J - 10 jan

14,00  
4/ Doliprane 1g 4 x  
up x 3J 6 f

52,80  
5/ Odes 20mg 1  
up 1J - 14 jan



**Azix 500 mg**  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables



6 118000 040941

PPV 79DH70  
PER 06/25  
LOT L2209



**VITAMINE C 1g**   
Boîte de 10 comprimés effervescents

PPV: 14,80 DH



6 118000 190929

PPV: 14DH00  
PER: 06/25  
LOT: L1942



**Doliprane® 1000mg**   
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972

**OEDES 20mg**   
14 gélules



6 118001 100071

LOT 211149  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

Un léger dépôt, dû aux caractères naturels des plantes, peut se produire mais ne nuit en rien à la qualité du produit.



6 111269 050126

**Laboratoires Deva Pharmaceutique**  
J. OUAJDI Pharmacien Responsable  
146-147, Zone Industrielle T1 Meïl - Casablanca

**200 ml**

LOT: 220647  
DLUO: 08/2025  
69,00 DH



**Deva**  
ml

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 : 1347332                 | N° SEJOUR : 220116645 | FACTURE N° 2205033695            | DATE D'ENTREE : 21/12/2022             | DATE DE SORTIE : 21/12/2022 |
| ASSURE :                         |                       |                                  | DESTINATAIRE : EL ALAOUI BENCHAD,Nizar |                             |
| MALADE : EL ALAOUI BENCHAD,Nizar |                       | UF: 5002 URGENCES                |  |                             |
| NOM JEUNE FILLE :                |                       | N° IMMAT C.N.S.S :               |  |                             |
| TIERS PAYANT 1 :                 |                       | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |  |                             |
| TIERS PAYANT 2 :                 |                       |                                  |  |                             |
| REF. PC 1 :                      |                       | N° SE. SOC. ETRANG. :            |  |                             |
| REF. PC 2 :                      |                       |                                  |  |                             |

| NATURE DE PRESTATION                         | LETTRE | NOMBRE | PRIX     | TOTAL  | TIERS PAYANT 1 |         | TIERS PAYANT 2 |         | PART DU MALADE |         |
|--|--------|--------|----------|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
|  | CLE    | x COEF | UNITAIRE |        | % / Dh         | MONTANT | % / Dh         | MONTANT | % / Dh         | MONTANT |
| CONSULTATION DE MEDECIN.                     |        |        |          |        |                |         |                |         |                |         |
| VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A     | V      | 1.00   | 120.00   | 120.00 |                |         |                |         | 0.00           | 120.00  |
| ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX |        |        |          |        |                |         |                |         |                |         |
| ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER              | AMI    | 1.00   | 7.50     | 7.50   |                |         |                |         | 0.00           | 7.50    |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES                     |        |        |          | 50.25  |                |         |                |         | 0.00           | 50.25   |
| FOURNITURES MEDICALES                        |        |        |          | 1.92   |                |         |                |         | 0.00           | 1.92    |

|   |                        |                                      |                       |   |        |          |        |
|---|------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---|--------|----------|--------|
| Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD   | TOTAUX :               | 179.67                               |                       |   |        |          | 179.67 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT SOIXANTE DIX-NEUF DHS ET SOIXANTE SEPT CENTIMES |                        | PLAFOND PC :                         |                       |   |        | ACOMPTE: |        |
|   |                        | REMISE :                             | 0.00                  | REGLE :                                     | 179.67 | AVOIR :  |        |
|   |                        | RESTE DU:                            | 0.00                  |   |        |          |        |
| DATE FACTURE : 21/12/2022   | EDITEE LE : 21/12/2022 | PAR: BAKHRI                          | ACCIDENT DE TRAVAIL : |   |        |          |        |
| VISA  |                        |                                      | N° DE POLICE :        | DATE AT :                                   |        |          |        |
|   |                        | 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            |        |          |        |