

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1360

Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSAFIR ALLAL BEN ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Malituelle

Tél. :

06 70 86 5561 Total des frais engagés : 150 DH - 150 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SIWANE ABDELHAK

Date de consultation :

17/10/16 13.

Nom et prénom du malade :

MOUSSAFIR ALLAL BEN ABDELLAH

Age : 64 ans

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 : CASABLANCA

Le : 17/10/16 13

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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12/12/23        | C2                |                       | 15-                             |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 17/02/23 | Z+5                          | 150,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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<br>Traitées                            | Nature des<br>Soins              | Coefficient      |                            |
|------------------------------|--|----------------------------------|------------------|----------------------------|
|                              |  |                                  |                  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                              |  |                                  |                  | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                              |  |                                  |                  | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                              |  |                                  |                  | FIN<br>D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                                  |                  |                            |
|                              | 25533412<br>00000000<br>35533411             | 21433552<br>00000000<br>11433553 | H<br>D<br>B<br>G | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                              |  |                                  |                  | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                              |  |                                  |                  | DATE DU<br>DEVIS           |
|                              |  |                                  |                  | DATE DE<br>L'EXECUTION     |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

وصفة  
ORDONNANCE

سيدي البرنوصي  
Sidi Bernoussi

le ..... 17.7.2013

نº NAJ Dant Fath -

Rx parapluie LR

DR. SYWANE ABDELHAK  
Traumatisme - Orthopédie

DR. SYWANE ABDELHAK  
Traumatisme - Orthopédie



Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca  
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45  
Fax : 05.22.73.15.72



| N° IPP :                    | 624888         | N° SEJOUR :      | 230007797        | <b>FACTURE N° 2304002822</b> |                                  |         |                | DATE D'ENTREE : | 17/02/2023     | DATE DE SORTIE : | 17/02/2023 |
|-----------------------------|----------------|------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|---------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| ASSURE :                    |                |                  |                  |                              |                                  |         |                | DESTINATAIRE :  |                |                  |            |
| MALADE :                    | MAJDOUB,Fatiha |                  |                  |                              | UF: 5003 RADIOLOGIE              |         |                |                 |                |                  |            |
| 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<br>CLE  | NOMBRE<br>x COEF | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL                        | TIERS PAYANT 1                   |         | TIERS PAYANT 2 |                 | PART DU MALADE |                  |            |
|                             |                |                  |                  |                              | % / Dh                           | MONTANT | % / Dh         | MONTANT         | % / Dh         | MONTANT          |            |
| <b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>  |                |                  |                  |                              |                                  |         |                |                 |                |                  |            |
| ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE |                | Z                | 15.00            | 10.00                        | 150.00                           |         |                |                 | 0.00           | 150.00           |            |

|  |  |  |  |  |  |        |         |        |  |          |  |        |
|--|--|--|--|--|--|--------|---------|--------|--|----------|--|--------|
| Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE           |  |  |  |  | TOTAUX :   | 150.00 |         |        |  |          |  | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :                  |  |  |  |  | PLAFOND PC :   |        |         |        |  | ACOMPTE: |  |        |
| CENT CINQUANTE DHS   |  |  |  |  | REMISE :   | 0.00   | REGLE : | 150.00 |  | AVOIR :  |  |        |
|  |  |  |  |  | RESTE DU:  | 0.00   |         |        |  |          |  |        |
| DATE FACTURE : 17/02/2023 EDITEE LE : 17/02/2023 PAR: LAABID |  |  |  |  | ACCIDENT DE TRAVAIL :  |        |         |        |  |          |  |        |
| VISA   |  |  |  |  | N° DE POLICE : DATE AT :   |        |         |        |  |          |  |        |
|  |  |  |  |  | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI |        |         |        |  |          |  |        |
|  |  |  |  |  | BANQUE : BMCE - BERNOUSSI  |        |         |        |  |          |  |        |
|  |  |  |  |  | N° compte bancaire : 011780000049210006006888                              |        |         |        |  |          |  |        |



| N° IPP :                    | 624888         | N° SEJOUR :      | 230007772                              | <b>FACTURE N° 2302003263</b> |                |         |                | DATE D'ENTREE : 17/02/2023 |                | DATE DE SORTIE : 17/02/2023 |  |
|-----------------------------|----------------|------------------|--|------------------------------|----------------|---------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|--|
| ASSURE :                    |                |                  | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI |                              |                |         |                | DESTINATAIRE :             |                |                             |  |
| MALADE :                    | MAJDOUB,Fatiha |                  | N° IMMAT C.N.S.S. :                    |                              | MAJDOUB,Fatiha |         |                |                            |                |                             |  |
| NOM JEUNE FILLE :           |                |                  |  |                              |                |         |                |                            |                |                             |  |
| 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<br>CLE  | NOMBRE<br>x COEF | PRIX<br>UNITAIRE                       | TOTAL                        | TIERS PAYANT 1 |         | TIERS PAYANT 2 |                            | PART DU MALADE |                             |  |
|                             |                |                  |  |                              | % / Dh         | MONTANT | % / Dh         | MONTANT                    | % / Dh         | MONTANT                     |  |
| CONSULTATION DE MEDECIN     |                |                  |  |                              |                |         |                |                            |                |                             |  |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE | Cs             | 1.00             | 150.00                                 | 150.00                       |                |         |                |                            | 0.00           | 150.00                      |  |

|   |  |                        |  |                |  |  |  |  |          |        |  |
|---|--|------------------------|--|----------------|--|--|--|--|----------|--------|--|
| Intervenant : M0500035 DR SIWANE ABDELHAK (TRAUMATOLOGUE)         |  | TOTAUX :               |  | 150.00         |  |  |  |  |          | 150.00 |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS |  | PLAFOND PC :           |  |                |  |  |  |  | ACOMPTE: |        |  |
|   |  | REMISE : 0.00          |  | REGLE : 150.00 |  |  |  |  | AVOIR :  |        |  |
|   |  | RESTE DU: 0.00         |  |                |  |  |  |  |          |        |  |
| DATE FACTURE : 17/02/2023   |  | EDITEE LE : 17/02/2023 |  | PAR: ESSAAI    |  | ACCIDENT DE TRAVAIL :  |  |  |          |        |  |
| VISA  |  |                        |  |                |  | N° DE POLICE : DATE AT :   |  |  |          |        |  |
|   |  |                        |  |                |  | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI<br>BANQUE : BMCE - BERNOUSSI<br>N° compte bancaire : 011780000049210006006888 |  |  |          |        |  |

RADIOLOGUE :

Nom : MAJDOUB

MEDECIN DEMANDEUR .....  
DR

Prénom : FATIHA

DATE : 17/02/2023

EXAMEN RADIOLOGIQUE : POIGNET DT

## RESULTAT

- Fracture de l'extrémité inférieure du radius. /.

SENTIMENTS CONFRATERNELS



Moussafir Abderrahim

Mme 1360

je souigne, Mr Moussafir Abderrahim  
que ma femme FATIMA AL Majdoub a eu une  
fracture à la main Suite à une gissarde  
Sur sol mouillé chez nous à la maison.

