

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0042619

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11437 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUESSOUS Abdelkrim

Date de naissance : 02/04/1978

Adresse : 64, Rue Curie EL JADIDA

Tél. : 0661752615 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2023

Nom et prénom du malade : Mohamed Sotia

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 28/02/2023

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

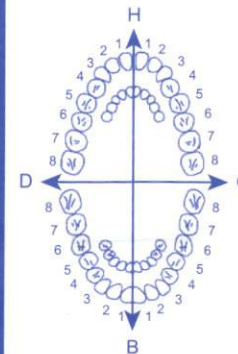
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

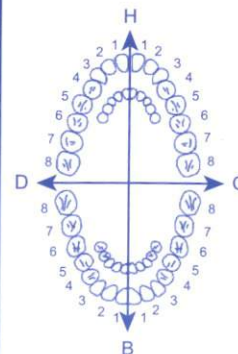
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : | 1019224 | N° SEJOUR : | 230019060 | FACTURE N° 2305005647 | DATE D'ENTREE : | 26/02/2023 | DATE DE SORTIE : | 26/02/2023 |
| ASSURE : | | | | | DESTINATAIRE : | SMAHI,Sakina | | |
| MALADE : | SMAHI,Sakina | | | 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 : | 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 |
| AUTRES ACTES COTES EN K ACTE DE SPECIALITE MEDICALE | K | 5.00 | 22.50 | 112.50 | | | | | 0.00 | 112.50 |
| CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A | V | 1.00 | 120.00 | 120.00 | | | | | 0.00 | 120.00 |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 18.98 | | | | | 0.00 | 18.98 |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 10.08 | | | | | 0.00 | 10.08 |

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------|--------------------------------------|-------------|---|------------|-------------|----------|-----------------------|
| Intervenant : | 8072010 DR CHAKIB SAADIA | TOTAUX : | 261.56 | | | | | | 261.56 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE ET UN DHS ET CINQUANTE SIX CENTIMES | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | |
| | | | REMISE : | | 0.00 | REGLE : | | AVOIR : | |
| | | | RESTE DU: | | 261.56 | | | | |
| DATE FACTURE : | | | 26/02/2023 | EDITEE LE : | | 26/02/2023 | PAR: MOURAD | | 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 | | | | |