

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22-N° 001581

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

N2007
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3563 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAKRI NACIRI MOHAMMED

Date de naissance : 18/06/1959

Adresse : DENT B IZORAN Rue 39 N° 42 Casa

Tél. : 06 66 26 3701 Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/01/2023

Nom et prénom du malade : BAKRI NACIRI MOHAMMED 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 : Casablanca Le : 02/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
06.01.23	CCASSÉE CONSEIL POLYCLINIQUE D'EL FIDA		2600	R. MARDI Noureddine Cardiologue الدكتور نور الدين ماردي

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S. A. L. J. S. PHARMACIE EL FIDA 151 Bd Sidi El Fida - Casablanca Tél. 05 22 28 12 37	06.01.2023	769,1P

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

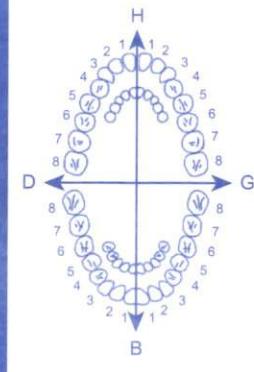
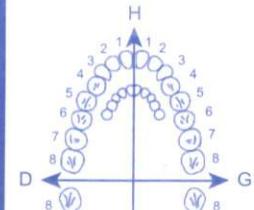
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS		
DEBUT D'EXECUTION						
FIN D'EXECUTION						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	25533412 00000000 35533411	G			
		21433552 00000000 11433553				
	B					
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
DATE DU DEVIS						DATE DE L'EXECUTION
DATE DE L'EXECUTION						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

وصفة
ORDONNANCE

Le 06/11/93

BAKRI NACIRI Mohamed

Rogaine pour la

9200+1 Colversyl 4910

2770+3 Cade Asprin 1000 mg - 40

9900+3 Oedex 20 1896 20

9900+3 Relaxium 975

صيادلية الفداء
PHARMACIE EL FIDA
151 Bd El Fida - Casablanca
Tél: 05 2228 12 37

EL FIDA Noureddine
Cardiologue
الدكتور نور الدين نور الدين
للتوصيل والتوصيف: ابره ودواء

151 Bd El Fida - Casablanca
Tél: 05 22 86 30 20 - 05 22 86 30 21 - Fax: 05 22 86 42 05

LOT 211316
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بمحض المعدة

LOT 211263
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

ن 100

LOT 211322
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بمحض المعدة

192,00

Relax



COMPLEXE RELAXANT

LOT : 220816
DLUO: 11/2025
99,00DH

Relax



COMPLEXE RELAXANT

LOT : 220816
DLUO: 11/2025
99,00DH

Relax



COMPLEXE RELAXANT

LOT : 220816
DLUO: 11/2025
99,00DH

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 : 1351773	N° SEJOUR : 230001959	FACTURE N° 2302000639			DATE D'ENTREE : 06/01/2023		DATE DE SORTIE : 06/01/2023					
ASSURE :					DESTINATAIRE :		BAKRI,Naciri Mohamed					
MALADE : BAKRI,Naciri Mohamed		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 :		N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	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.		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00	

Intervenant : 010402 DR HAFDI NOUR EDDINE (CARDIOLOGUE)			TOTAUX :	250.00						250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	250.00			AVOIR:	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 06/01/2023			EDITEE LE : 06/01/2023	PAR: LAGRIB	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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			

Baïsse Consultation
Polyclinique CNSS
Derb-Ghallef

