

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

N° M21- 074797

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07540 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAIMOUDI ABDELHAIC

Date de naissance : 11/08/1958

Adresse : 56, Bd Sidi ABDERRAHMANE

CD SA

Tél. : 0662634043 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohamed RAGHI
Chirurgien Orthopédique
Traumatologie

Date de consultation : 12/5/23

Nom et prénom du malade : HAIMOUDI ABDELHAIC

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Entorse entalle 6

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

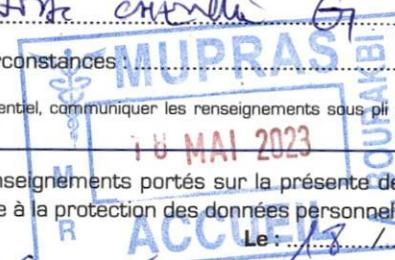
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 12/05/2023

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

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
17/05/23			150,00	Dr Mohamed RAGHI Chirurgien Orthopédiste Traumatologie

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
	16/05/23	Rx	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

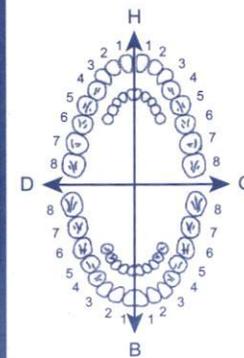
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

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



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



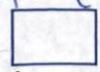
Mis ORANO by 18/
BILLET D'EXAMEN

DE RADIOLOGIE

29/04/23

Nom du service médical
demandeur code

Mⁿ = 07540



NOM DU MALADE

El Hainani AYNA

N° C.N.S.S. ou Mutuelle



Renseignements clinique

Examen demande

*Dr Chevillat G S P
de contrôle
du 28*

Cachet du médecin

*Dr. Bensaïd Imad
Omnipraticien
INPE: 091263491*

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

07540



N° IPP : 1383354	N° SEJOUR : 230046940	FACTURE N° 2303017722	DATE D'ENTREE : 16/05/2023	DATE DE SORTIE : 16/05/2023
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :	DESTINATAIRE :	
MALADE : EL HAIMOUDI,Aymane			EL HAIMOUDI,Aymane	
NOM JEUNE FILLE :				
TIERS PAYANT 1 :				
TIERS PAYANT 2 :				
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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE. TOTAUX : 150.00 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE:

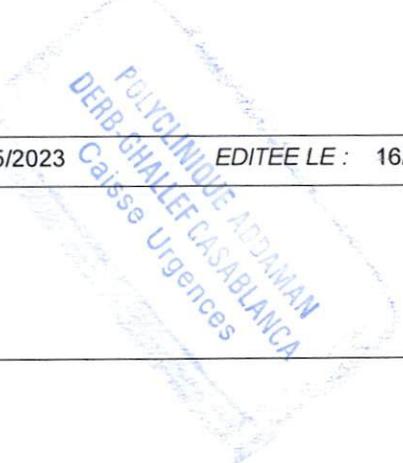
REMISE : 0.00 REGLE : 150.00 AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 16/05/2023 EDITEE LE : 16/05/2023 PAR: SAAD 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



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

M^l = 07540

N° IPP : 1383546	N° SEJOUR : 230047237	FACTURE N° 2302013051		DATE D'ENTREE : 17/05/2023	DATE DE SORTIE : 17/05/2023
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE :	
MALADE : EL HAIMOUD, Aymane		N° IMMAT C.N.S.S :		EL HAIMOUD, Aymane	
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
TIERS PAYANT 2 :					
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. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 03122007 DR RAGHI MOHAMED (TRAUMATOLOGUE)	TOTAUX :	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 : 17/05/2023	EDITEE LE : 17/05/2023	PAR: IMANE	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						

Polyclinique CNSS
Derb-Ghallef