

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

FR4FR05 / V2 / 2010-2023

Maladie  Dentaire  Optique  A

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 13230 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL Fakri EL Fihri AFAF

Date de naissance : 04/03/1994

Adresse : 24 Rue Salomon Ag 3283

Tél. : 0679\_23\_33\_90 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2019

Nom et prénom du malade : EL FASSI EL Fihri AFAF Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cervicalgie

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le 07 FEV 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
31-01-2024	U-K	300.55	300.55	Dr BENSCHIR Imad Médecin Urgentiste Polyclinique CNSS 091263491

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
 28, bis Rue de Rome 18383 Tel. 01 22 65 23 93 Tel. 05 00 06 07 08 KCT 00217913800087	31/01/24	7812

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Caçhet 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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

25.00



# وصفة

## ORDONNANCE

درب غلاف  
POLYCLINIQUE DERB GHALLEF



درب غلاف

DERB GHALLEF

le 31/01/24

El Fassi El Fihri Araf

53.12

1/ Relaxol 500mg cp 07j

25.02

2/ Codalpine 800 mg 07j

78.0

3/ Vite C 1g cp

mg 1

4/ Relaxol 271mg 1 mois

mg 6

**HARMACIE LM**  
Bis Rue Saloua Angle  
Rue de Rome Casablanca  
Tel. 05 22 85 43 95  
06 00 06 07 08  
RC 318383 ICF 00217913000087

DR BENJIBR Imad  
Médecin Urgentiste  
Médecin CNSS



N° IPP : 1271336 N° SEJOUR : 240012383

FACTURE N° 2405003533

DATE D'ENTREE : 31/01/2024

DATE DE SORTIE : 31/01/2024

ASSURE :

MALADE : EL FASSI EL FIHRI,Afaf

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

EL FASSI EL FIHRI,Afaf

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				64.32					0.00	64.32
FOURNITURES MEDICALES				3.73					0.00	3.73

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD TOTAUX : 300.55 300.55

Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : ACOMPTE:

TROIS CENTS DHS ET CINQUANTE CINQ CENTIMES REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

DATE FACTURE : 31/01/2024 EDITEE LE : 31/01/2024 PAR: KARIM ACCIDENT DE TRAVAIL DATE AT :

VISA



N° DE POLICE

Règlement à effectuer à l'ordre de :

BANQUE :

N° compte bancaire :

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

011 780 0000 70 210 00 60 028 31