

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00 447 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MARASSI Ahmed 199893

Date de naissance : 07 - 01 - 1943

Adresse : Résidence el viam I m 12 Apt 7 al oufia casa Boulevard oum Rabia

Tél. : 06 61 20 83 36 Total des frais engagés : 470.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MARASSI Ahmed EP. Maras Age: 51

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Glaucole chirurgie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : ACCIDENT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : CASQ

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 : CASQ Le : 12/03/24

Signature de l'adhérent(e) : DR BOUCHRA GUEDIRA

## **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
2022/04/26	Consultation Polyclinique CNRS	1000	001066808000	Dr. Boukra GHEIDI Médecin Ophtalmologue Polyclinique CNRS

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Nocteur Najoua ADYEL Pharmacie FATMA N° 48 Rue 191 Bd Ouled Sebou Ourfa <del>BP 10000 Tel: 05 22 93 10 29</del> T.C.E : 002177562000048 NPE 092028471	28/02/24	302,30

#### **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				Montant détaillé 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.

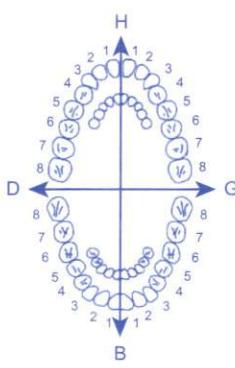
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>
H	G																			
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>																		
		DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>																		
		DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة

## ORDONNANCE

le .....

28 / 02 / 29

NASSRI El HADJ  
HARWISSE Idrissa

~~Docteur Najoua ADYEL  
Pharmacie FATMA  
N° 48 Rue 191  
BP 103000 Oulfa  
RC : 444560181 : 0522931029  
ICE : 002177562000048~~  
103,00 DH  
96,30

Docteur Najoua ADYEL  
Pharmacie FATMA  
N° 48 Rue 191  
BP 103000 Oulfa  
RC : 444560181 : 0522931029  
ICE : 002177562000048

Dr. Bouchra GUEDIRA  
Medecin Ophtalmologue  
Chef de Service Consultation  
Polyclinique CNSS Derb-Ghallef

SV

STERIPHARMA

AMM: 592/18 DMP/21/NRQ

PPV : 103,00 DH

STERIPHARMA

AMM: 592/18 DMP/21/NRQ

PPV : 103,00 DH

STERIPHARMA

AMM: 592/18 DMP/21/NRQ

PPV: 96,30 dh

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