

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

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

Nº P19-0039420

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5232

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EZZAHER Ali

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : Bouschataif Rue 52 N° 15 CASA

Tél. : 06 26 4939 82 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

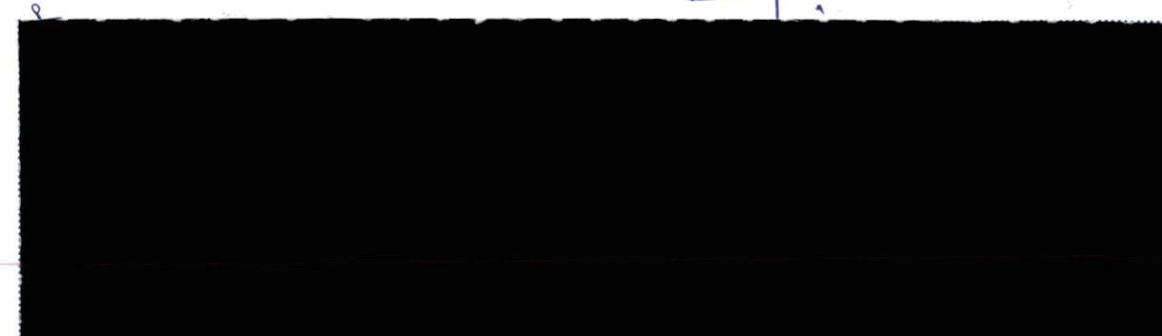
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

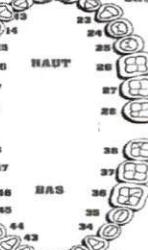


## **SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
	Gauche				<b>Coefficient des</b> <input type="text"/>																
	Haut				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																
	Bas				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>																
					<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire																			
	Gauche	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding-right: 10px;">H</td> <td style="width: 10%; text-align: right; padding-right: 10px;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: right;">21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: right;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	H	G		25533412 00000000		21433552 00000000		00000000		00000000		35533411		11433553	
D	H	G																			
25533412 00000000		21433552 00000000																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																
					<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																
					<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																
					<b>Fin de</b> <input type="text"/>																

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	<b>W18-351014</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-351014

**DATE DE DEPOT**

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 5932	
Nom & Prénom ELLAHER Aï			
Fonction : RETRAITE	Phones : 0620493982		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient EZZAHER HAZZ		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 27
Nature de la maladie		Date 07-05-19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	4	178.92	
<b>PHARMACIE</b>	Date 21/5/19		
Montant de la facture 1260			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date 00/05/2002			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

المملكة المغربية  
Royauté du Maroc



Le ...

4200

① Predni 20g 4 eff

03 g 1k

متر

8400

② ALER- Z 8

✓ 8 x 217

✓ 1260



PHARMACIE MELNIKOFF  
SENHAÏT Mount N° 9 Rue 1  
Derb el Miter Casablanca  
Derb Bouchentour Casablanca  
Tel: 05 22 28 40 22

Dr. EDDAHDI Othmane  
Médicin

زنقة الضمان - درب غلب - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 :	945575	N° SEJOUR :	190059182	<b>FACTURE N° 1905041800</b>				DATE D'ENTREE :	07/09/2019	DATE DE SORTIE :	07/09/2019	
ASSURE :								DESTINATAIRE :	EZZAHER,Hamza			
MALADE :	EZZAHER,Hamza				UF:	5002 URGENCES						
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
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>												
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00		120.00					0.00	120.00	
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>												
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50		15.00					0.00	15.00	
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>					42.00					0.00	42.00	
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>					1.92					0.00	1.92	

Intervenant :	2062011 DR EDDAHBI OTHMANE ( GENERALISTE)	TOTAUX :	178.92							178.92	
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT SOIXANTE DIX-HUIT DHS ET QUATRE-VINGT DOUZE CENTIMES					REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
					RESTE DU:	178.92					
DATE FACTURE :	07/09/2019	EDITEE LE :	07/09/2019	PAR:	MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL:</u>					
VISA						N° DE POLICE :	DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
						BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
						N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31				