

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **pharmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **Biologie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 2945 Société : —

Actif  Pensionné(e)  Autre : —

Nom & Prénom : Jamil EP Josta fe

Date de naissance : 21/01/1943

Adresse : City Mly Lechid 2 N°38 B - Casab

Tél. 0522 70 52 16

Total des frais engagés :

Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/09/2019

Nom et prénom du malade : JAMIL ROSTAFI

Lien de parenté : Gé Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Glauco-mé

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 : Casab

Le : 26/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : Jamil



## 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 |

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.

N° W19-476853

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 2945 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : JAMIL EL Djalila

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... 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 : .....

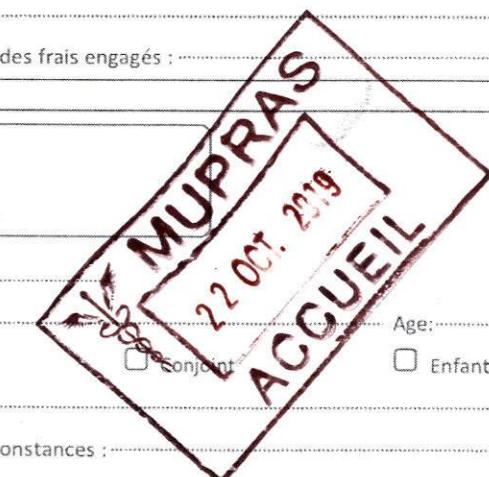
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....



**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° W19-476853

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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         |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/10/03        | Co                |                       | 15000                           | DR. A. BOURGEOIS DOCTEUR EN MEDICINE SPECIALISTE EN MEDICO-PSYCHOLOGIE |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                             | Date       | Montant de la Facture |
| ELA PLAZA<br>12-Nº53<br>Casablanca<br>T: 0521-18-39<br>M: 06320000 | 15/10/2019 | M. 70                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |  |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre   |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | A M  | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                     | 21/10/19          | ICE: 001782127000003<br>IF: 40 71564<br>RC: 409976<br>Paiement: 34712750 |     |     |     | 225021                             |  |

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 3D grid with 12 layers labeled A through L. The grid is oriented with D (left), G (right), H (top), B (bottom), and V (vertical). The layers are arranged in a staggered pattern along the vertical axis.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



درب غاف

DERB GHALLEF

CASABLANCA LE,

26 / 09 / 1999

## NOM ET PRENOM DU MALADE

Daniel El Nashef

## PRESCRIPTION DES LUNETTES

### VISION DE LOIN

O. D +0,75 (- 1,50 à 80°)  
O. G place

### VISION DE PRES

O. D - +2,75

O. G

### MONTURES

Monture : 05  
Mélasses  
D. Opticien Chirurgien des Yeux  
DERB GHALLEF CASABLANCA  
RUE ADDAMÁN - DERB GHALLEF CASABLANCA  
TEL. : 05 22 86 30 20/27 LG/FAX : 05 22 86 42 50

# Optique Douskati نظارات دوسكاتي

S. Ennajd Derb Ghallaf N° 1 - Casablanca

س النجد درب غلف رقم ١ - البيضا

**Facture N° 000023**

Patente : 34712750 / IF : 40171564  
RC : 409976 / ICE : 001782127000003

Casa le 21/10/18

ICE: 001782127000003

14-40171564

RC: 409976

Paciente: 34712750

NOM Yannic

**PRENOM ....**

PRIX

## OD : AXE

OBITUARY

## OG : AXE ..

— 1 —

## OD : AXE ..

P

#### **LOG : AXE**

7 0 6

*John D. C.*

.....

1

## Structure Arrêté

.....

.....  
.....

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 : 1089441   | N° SEJOUR : 190064008 | <b>FACTURE N° 1902018065</b>           |                  |        |                | DATE D'ENTREE : 26/09/2019 | DATE DE SORTIE : 26/09/2019 |         |                |         |
|--|-----------------------|--|------------------|--------|----------------|----------------------------|-----------------------------|---------|----------------|---------|
| ASSURE :   |                       |  |                  |        |                | DESTINATAIRE :             |                             |         |                |         |
| MALADE : JAMIL,EL Mostafa                                      |                       | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI |                  |        |                | JAMIL,EL Mostafa           |                             |         |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :  |                       | N° IMMAT C.N.S.S :                     |                  |        |                |                            |                             |         |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :   |                       | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :       |                  |        |                |                            |                             |         |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :   |                       |  |                  |        |                |                            |                             |         |                |         |
| REF. PC 1 :  | REF. PC 2 :           | N° SE. SOC. ETRANG. :                  |                  |        |                |                            |                             |         |                |         |
| NATURE DE PRESTATION   | LETTRE<br>CLE         | NOMBRE<br>x COEF                       | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL  | TIERS PAYANT 1 |                            | TIERS PAYANT 2              |         | PART DU MALADE |         |
|  |                       |  |                  |        | % / Dh         | MONTANT                    | % / Dh                      | MONTANT | % / Dh         | MONTANT |
| <b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b><br>CONSULTATION DE SPÉCIALISTE | CS                    | 1.00                                   | 150.00           | 150.00 |                |                            |                             |         | 0.00           | 150.00  |

|   |                        |             |  |        |  |  |          |        |
|---|------------------------|-------------|--|--------|--|--|----------|--------|
| Intervenant : 10524 DR GUEDIRA BOUCHRA (OPHTALMOLOGUE)            | TOTAUX :               | 150.00      |  |        |  |  |          | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS | PLAFOND PC :           |             |  |        |  |  | ACOMPTE: |        |
|   | REMISE :               | 0.00        | REGLE :  | 150.00 |  |  | AVOIR :  |        |
|   | RESTE DU:              | 0.00        |  |        |  |  |          |        |
| DATE FACTURE : 26/09/2019   | EDITEE LE : 26/09/2019 | PAR: AZEDIN | <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                    |        |  |  |          |        |

