

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.

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.

Optique :

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

Éducation :

- 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.

Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Prendre 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

N° D. : N° P19- 0041871 > 26 ans

☒ Maladie *SV* ☐ Dentaire *11902* ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2589* Société : *Royal Air Maroc*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *Hannani Hameddine*

Date de naissance : *24/07/1985*

Adresse :

Tél. : *063031888* Total des frais engagés : *378,71* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *13/11/2019*

Nom et prénom du malade : *HANNANI ABDELHAMID* Age : *26 ans*

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : *Plume avec chavale*

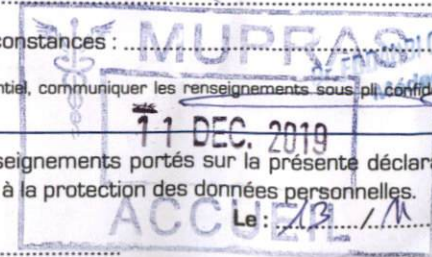
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

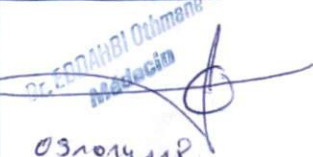
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Casablanca* Le : *13/11/2019*

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



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
13/11/19		4 Kw	38.71	 Dr. EL HADJI OTHMANE Médecin 032014118

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

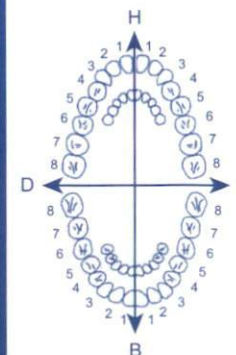
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

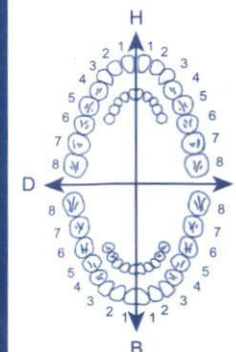
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

وصفة
ORDONNANCE



Le 13-m-19

HANNANI ABDELKRIM

① SAPTIZ 18 scht

schl - x 3/7

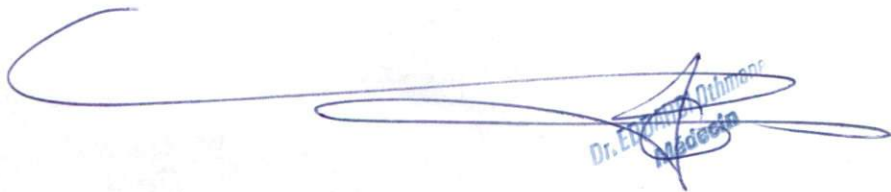
ز - 3/7

② BIONYSE 8

1 - 1 - 1

③ SAB

1 dose 27 s-c


Dr. Elmadani
Médicine

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 : 1114884	N° SEJOUR : 190077212	FACTURE N° 1905054405		DATE D'ENTREE : 13/11/2019	DATE DE SORTIE : 13/11/2019
ASSURÉ :		DESTINATAIRE : HANNAOUI, Abdelkarim			
MALADE : HANNAOUI, Abdelkarim					
NOM JEUNE FILLE :					
TIERS PAYANT 1 :					
TIERS PAYANT 2 :		UF: 5002 URGENCES			
REF. PC 1 :		N° IMMAT C.N.S.S. :			
REF. PC 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
		N° SE. SOC. ETRANG. :			

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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE ACTE DE CHIRURGIE	KC	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
FOURNITURES MEDICALES				18.71					0.00	18.71

Total à reporter				378.71		0.00		0.00		378.71
-------------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 1114884 N° SEJOUR : 190077212			FACTURE N° 1905054405		DATE D'ENTREE: 13/11/2019 DATE DE SORTIE: 13/11/2019				
UF de présence: 5002 URGENCES									

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				378.71		0.00		0.00		378.71

Intervenant : 2062011 DR EDDAHBI OTHMANE (GENERALISTE)			TOTAUX :		378.71					378.71
---	--	--	----------	--	--------	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT SOIXANTE DIX-HUIT DHS ET SOIXANTE ONZE CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
	RESTE DU:		378.71					

DATE FACTURE : 13/11/2019	EDITEE LE : 13/11/2019	PAR: MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :		
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		