

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

rmacie :

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.

ique :

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 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.

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 : Khaouliche Ned Société : RAM 1384

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khaouliche Mohamed

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : Alzhar Traouche 7/2. 1000 14. Apt 10. Béni Mellal Casablanca

Tél. : 060215 4142 Total des frais engagés : 538,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/20

Nom et prénom du malade : Fanici Fatima Age : 1974

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casa Le : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : Haj

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
31/05/2020				Docteur NAWAL Médecin Urgentiste Poly Clinique CASA INPE: 061074873
02.06.2020				DR. NAWAL Médecin Urgentiste Poly Clinique CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAKAN Sidi Bouzid	31/05/20	164,20
PHARMACIE SAKAN Sidi Bouzid	2/6/20	96,00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE SAKAN Sidi Bouzid	31/05/2020 28		80,00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS									
		00000000	00000000										
	D	00000000	00000000										
	B	35533411	11433553	DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION				
DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 02/06/2020

FARICI Fatima

1/ HUNER aubette
24,40 1 pelle x 2 j/pelle 15
2/ Atoso Pivalu gū
24,40 3 gū x 2 j/pelle 15

LOT:
PER:
PPV:

24,40

PHARMACIE SAKANI
Dr FILALI Soukane
loc. El Qods, El Bernoussi - Casablanca
Ahl Loughlan, Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél. 022.74.13.52

Dr. NADEEF Nawal
Médecin ORL et
Chirurgie Cervico-Faciale

وصفة

ORDONNANCE



le 31/5/2020

Fam. a' fettina

47,10 Dose q: 1- 1- 1



PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80

Flloxam Roxy

116,40



1- 1- 1

PPV 116DH40 LOT 9H022 2
EXP 11/2021

Dolox 100 mg 100



HARMACIE SAKANI
DE FELALI SIDI BERNOUSSI
Boulevard Sidi Bernoussi - Casablanca
Ahli Loughlam Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 022.74.13.52

166,20

PHARMACIE SAKANI
DE FELALI SIDI BERNOUSSI
Boulevard Sidi Bernoussi - Casablanca
Ahli Loughlam Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 022.74.13.52

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.15.20
Fax : 05.22.73.15.72





19.

N° IPP :	404020	N° SEJOUR :	200016339	FACTURE N° 2002006917				DATE D'ENTREE :	02/06/2020	DATE DE SORTIE :	02/06/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	FARICI, Fatima				UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					
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 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 DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	100043 DR. NADEF NAWAL	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PO						ACOMPTE:
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	RÉGLE				AVOIR:
				RESTE DU:	150.00					
DATE FACTURE :	02/06/2020	EDITEE LE :	02/06/2020	PAR:	ALAMI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :			
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI BANQUE : BMCE - BERNOUSSI N° compte bancaire : 01178000049210006006888										





N° IPP :	404020	N° SEJOUR :	200015989	FACTURE N° 2005004593				DATE D'ENTREE : 31/05/2020 DATE DE SORTIE : 31/05/2020			
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : FARICI,Fatima				UF: 5002 URGENCES				FARICI,Fatima			
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 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	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	

Intervenant : 100036 DR. MAIDINE MOHAMED				TOTAUX :	120.00					120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT VINGT DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	120.00		AVOIR :		
				RESTE DU :	0.00						
DATE FACTURE : 31/05/2020		EDITEE LE : 31/05/2020		PAR: LAHBAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
						N° DE POLICE :					
						DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI					
						BANQUE : BMCE - BERNOUSSI					
						N° compte bancaire : 01178000049210006006888					

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

SERVICE DEMANDEUR :

Urgences

NOM DU PATIENT :

FARICI Fatima

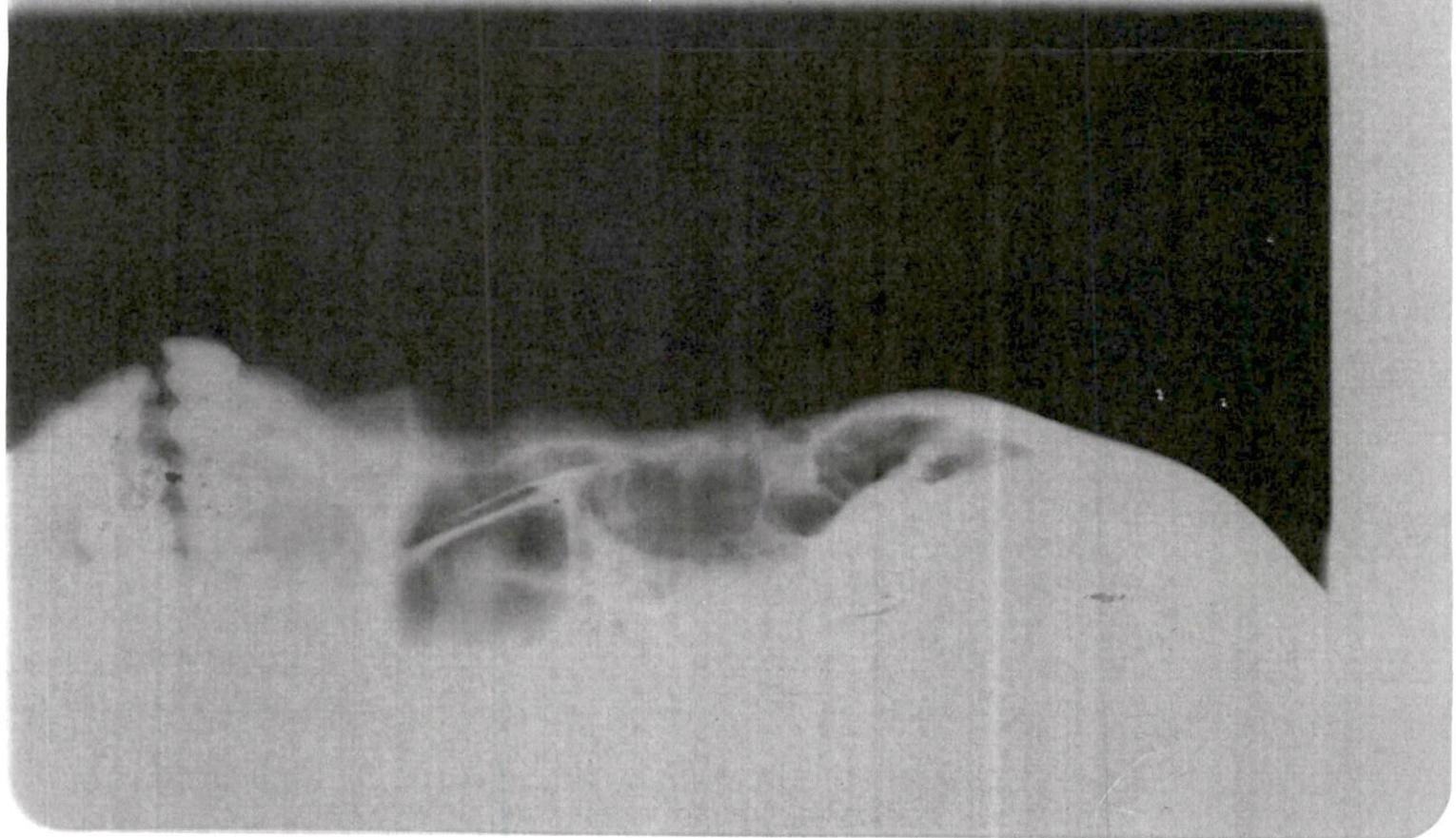
CNSS OU MUTUELLE :

31 Mai 2020

RENSEIGNEMENT CLINIQUE		EXAMEN DEMANDE			
<u>TR</u>	des NEZ	<u>RX</u> des OS propre des NEZ			
PC	K	URGENT	RAPIDE	NON URGENT	

SIGNATURE & CACHET DU MEDECIN

Docteur MAIDINE
 Médecin Urgentiste Polyclinique Ch.
 INPE 001074878



RADIOLOGUE : DR.
MEDECIN DEMANDEUR
DR

Nom : FARICI
Prénom : FATIMA

DATE : 31/05/2020

EXAMEN RADIOLOGIQUE Rx : OPN

RESULTAT

- Présence d'une solution de continuité au niveau des OPN ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS

Dr. LEMNOUNI Fleuria
Médecin Radiologue CNSS Sidi Bernoussi
Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi



N° IPP : 404020	N° SEJOUR : 200015985	FACTURE N° 2004005559				DATE D'ENTREE : 31/05/2020		DATE DE SORTIE : 31/05/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		FARICI,Fatima		
MALADE : FARICI,Fatima		UF: 5003 RADIOLOGIE								
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 CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	8.00	10.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE			TOTAUX :	80.00						80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS			PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
			REMISE :	0.00	REGLE :	80.00			AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 31/05/2020 EDITEE LE : 31/05/2020 PAR: LAHBAR			ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI							
			BANQUE : BMCE - BERNOUSSI							
			N° compte bancaire : 011780000049210006006888							