

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.

Diologie 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.

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.

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08830

Société : QAD -

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : KEBDANI

Date de naissance : 01/07/1950

Adresse : Résident à GATE 10, Layton's N. 11, HAY EL PODS, BERNOUSSI

Tél. : 056 58 150 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zakia Soubhi
ORL
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/02/20

Nom et prénom du malade : KIBARBOUCHE, femme Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affec ore

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 : 25/02/2008

Signature de l'adhérent(e) :

J. A.

ACCETTE

Déclaration de Maladie

N° P19- 067603

N.D: 35422

Optique

Autres

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
27/07/2022			100	Dr. Zakia Soubhi ORL Polyclinique CNSS Derb Ghalek Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'EMILE ZOELLER	27/07/2022	154.00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

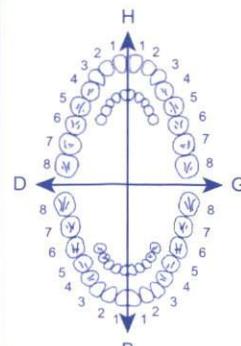
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

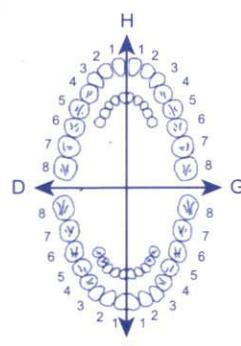
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	
	B	
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
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'EXECU



DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
منبه من 20 قرصاً

37,00

22,00

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 27/12/20

RHAB Bouche Amin

1/ R Balsamey 25,00

14g/100ml

2 Cedol 12,00

12g/100ml

3 Duoxol 15,00
37,00
154,00

Dr. BENNAI / K. Abdellah
PHARMACEUTIQUE EMILE ZOIA
GARIBI - Bd Bourguiba - Tél. : 05 22 24 24 24
Casablanca - Maroc

Dr. Zakia Soubhi
ORL
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca

N° IPP :	1156276	N° SEJOUR :	200043396	FACTURE N° 2002010712				DATE D'ENTREE :	27/07/2020	DATE DE SORTIE :	27/07/2020																																																				
ASSURE :								DESTINATAIRE :																																																							
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				KHARBOUCH, Samira																																																										
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.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00																																																					
Intervenant : 10531 DR SOUBHI ZAKIA (O.R.L) TOTAUX : 150.00																																																															
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS																																																															
<table border="1"> <tr> <td>PLAFOND PC :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ACOMPTE:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>REMISE :</td> <td>0.00</td> <td>REGLE:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>AVOIR:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESTE DU:</td> <td>150.00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											PLAFOND PC :							ACOMPTE:		REMISE :	0.00	REGLE:					AVOIR:		RESTE DU:	150.00																																	
PLAFOND PC :							ACOMPTE:																																																								
REMISE :	0.00	REGLE:					AVOIR:																																																								
RESTE DU:	150.00																																																														
<table border="1"> <tr> <td>DATE FACTURE : 27/07/2020</td> <td>EDITEE LE : 27/07/2020</td> <td>PAR: ZBIRY</td> <td>ACCIDENT DE TRAVAIL :</td> <td colspan="6">DATE AT :</td> </tr> <tr> <td colspan="3">VISA</td> <td>N° DE POLICE :</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">Règlement à effectuer à l'ordre de :</td> <td colspan="3">POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">BANQUE :</td> <td colspan="3">BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">N° compte bancaire :</td> <td colspan="3">011 780 0000 70 210 00 60 028 31</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>											DATE FACTURE : 27/07/2020	EDITEE LE : 27/07/2020	PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL :	DATE AT :						VISA			N° DE POLICE :										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				
DATE FACTURE : 27/07/2020	EDITEE LE : 27/07/2020	PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL :	DATE AT :																																																											
VISA			N° DE POLICE :																																																												
			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																																																									