

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.

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 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

UPRAS 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 P19-0026707

Optique 37565 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1384 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHAMLI CHI Nohamed

Date de naissance : 01-0-15

Adresse : Alazhar Tr 7/2 num 14 Apt 10 Benoumi - CASA

Tél. : 06 346 84262 Total des frais engagés : 350,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/07/2011

Nom et prénom du malade : Khamli Chi. Mohamed Age: 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : fracture du bras

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 : 25/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
13/07/2015	Acte CS		150105	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
14/07/2015	Echog		200105

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 d

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



سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

وصفة ORDONNANCE

Casablanca, le

13. XII. 2002

Mr. Khatib Cheikh A. M.

Echographie au gyné C

Dr. AZAGUI Yassine
Chirurgie Orthopédie
Chirurgie Gynécologique



Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45
Fax : 05.22.73.15.72

RADIOLOGUE : DR :

Nom : KHAMLICHI

MEDECIN DEMANDEUR
DR

PRENOM : MOHAMED

DATE : 14/07/2020

ECHOGRAPHIE DES PARTIES MOLLES

RESULTAT

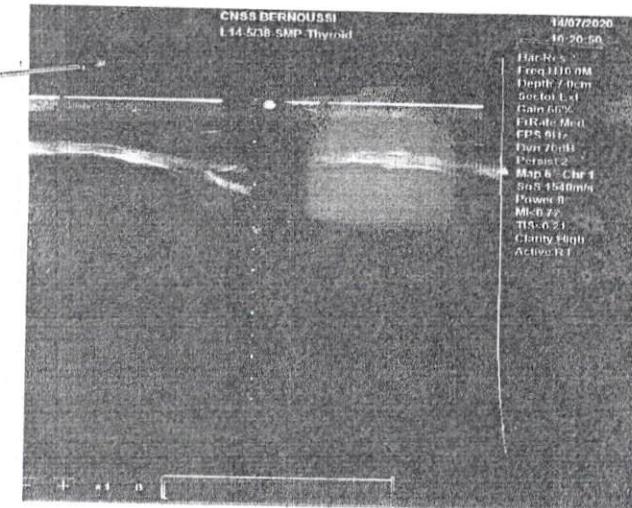
- le balayage échographique de tuméfaction palpée cliniquement correspond à une formation hypoéchogène discrètement hétérogène avasculaire sous cutané mesure 44 x 13 mm .
- Absence de lésion tendineuse
- Absence d'anomalie du plan musculaire .
- Absence d'anomalie de revêtement cutané .

AU TOTALE

- Aspect échographique compatible avec un hygroma de genou gauche ./ .

SENTIMENTS CONFRATERNELS





POLYCLINIQUE

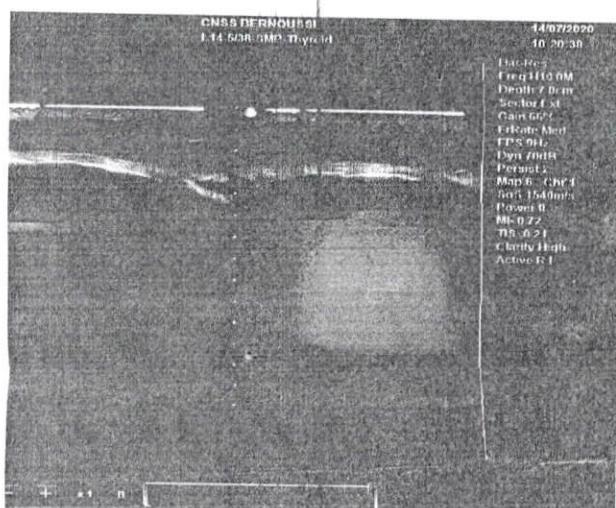


سيدي بنورلي
SIDI BERNOUILLI

Nom : KHAMLICHI

PRENOM : MOHAMED

DATE : 14/07/2020

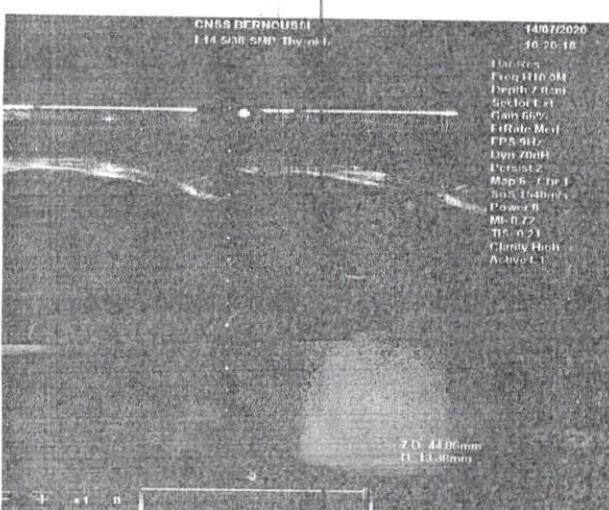


ARTIES MOLLES

ction palpée cliniquement correspond à
ent hétérogène avasculaire sous cutané

é.
ané.

o un hygroma de genou gauche ././.



CONFRATERNELS



حي القدس - الدار البيضاء - الهاتف : 75 42 45

Hay El Qods - Casablanca - Tel: 75 32 - 73 16 20 - 75 42 45 - Fax: 73 15 72



N° IPP :	504373	N° SEJOUR :	200021492	FACTURE N° 2002009377				DATE D'ENTREE : 13/07/2020		DATE DE SORTIE : 13/07/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		KHAMLICHI,Mohamed	
MALADE : KHAMLICHI,Mohamed				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 :										
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 : 100097 DR. AZAGUI YASSINE				TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 13/07/2020 EDITEE LE : 13/07/2020 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 : 01178000049210006006888							



N° IPP :	504373	N° SEJOUR :	200021564	FACTURE N° 2004007685				DATE D'ENTREE : 14/07/2020		DATE DE SORTIE : 14/07/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 5003 RADIOLOGIE				KHAMLICHI, Mohamed						
NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S :										
TIERS PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	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	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00	
Intervenant : 99945 DR. EL AMRAOUI FATIMA (RADIOLOGUE)					TOTAUX :	200.00				200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
DEUX CENTS DHS					REMISE :	0.00	REGLE :	200.00	AVOIR :		
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 14/07/2020 EDITEE LE : 14/07/2020 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 : 01178000049210006006888						