

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052015

ND: 42180

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0420 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAIK Khadlouy

Date de naissance : 14/11/1969

Adresse : G.H. - Rue 161 N° 15 Oufu

Casa

Tél. : 06 25 10 47 22 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 : CHAIK Khadlouy

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 : 22/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
22/09/2020		2	1500 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DE LA MARIAGE</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>222, Bd Oued Moulaya El Ouhya</p> <p>Casablanca Tél: 0522 90 51 13</p> <p>ICE: 001573273000063</p>	22/09/2020	1500 DH

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	
	28/09/20					1400,-

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



Le 22/09/2020

me CHAÏH MADDOU

135,00 x 8

2) Ede dual



1/8 x 31 sans miel

75,70

2) zaley



1/8 x 21 x 1

T= 1155,70

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI MADDAÏDOU
Docteurs Pharmacie
222, Bd Oued Molouya-El Oulfa
Casablanca - Tél.: 0522 90 51 13
ICE: 001573273000083

د. التاج ماديدي
Dr. Najim MADDAÏDOU
Spécialiste des Maladies
de l'Oeil

PPC: 135,00

~~E01 19~~

07/2022

PPC: 135,00

~~E01 18~~

11/2021

PPC: 135,00

~~E01 19~~

07/2022

PPC: 135,00

~~E01 20~~

02/2023

PPC: 135,00

~~E01 19~~

07/2022

PPC: 135,00

~~E01 18~~

11/2021

PPC: 135,00

~~E01 20~~

02/2023

PPC: 135,00

~~E01 20~~

02/2023



ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV - 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAQUDI



CASABLANCA LE,

22/09/2020

NOM ET PRENOM DU MALADE

CHAIK K-HADDOUJ

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O. D

O. G

VISION DE PRES

O. D

O. G

MONTURES

Optique N. H. Viala
OPTICIEN
N. Rue 138 N. 40 Oudja
Casablanca - R.C. 12783
Tel: 05 22 83 22 99

+ 2,25 006-

د. النجيم نجاديدو
Dr. Najem NADAI DOU
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie de l'Oeil

RUE ADDAMAN - DERB GHALLEF CASABLANCA

TEL. : 05 22 86 30 20/27 LG/FAX : 05 22 86 42 50

OPTICIEN

CASABLANCA Le : 28/3/2020

FACTURE N°: 37712020

Désignations	P,U	PRIX TOTAL
Monture optique		600.-
lens optique		800.-
ob: +2,25		
ob: +2,25		
	TOTAL	1400.-

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille quatre cent dix

Optique Aigle Vision
OPTICIEN
N Rue 136 N 40 Quin
sublance P C 12783
Tel.-05 22 93 22 98

Siège social : Rue 136 N° 49 GR "N" Oulfa - Casablanca -Tél /Fax : 0522.93.22.99

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 -RC : 121783

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 : 1151365		N° SEJOUR : 200058881		FACTURE N° 2002014560		DATE D'ENTREE : 22/09/2020		DATE DE SORTIE : 22/09/2020			
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : CHAIK,Khaddouj					
MALADE : CHAIK,Khaddouj											
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 11872016 DR MADAIDOU NAJEM OPHTALMOLOGUE		TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 22/09/2020		EDITEE LE : 22/09/2020		PAR: AZEDIN		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				