

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.

Education :

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.

Traitements :

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.

Déclaration de 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 : 0420

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAÏK Khadalaoui

Date de naissance : 14/11/69

Adresse : G.K - Rue 161 N° 15

Tél. : 06 25 10 67 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 : CHAÏK Khadalaoui

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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 22/09/2020

ACCUEIL

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
22/09/2020	C	2	1500	17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MARQUETTE Docteur en Pharmacie 222, Bd Oued Moulay El Oumra Casablanca-Télé 0522 90 57 13 ICE : 001573273000083	22/09/2020	1500

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	28/09/20					1400

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> </table>					H	25533412 21433552	00000000 00000000		D	00000000 00000000	35533411 11433553		B	B	G	G
H	25533412 21433552															
00000000 00000000																
D	00000000 00000000															
35533411 11433553																
B	B															
G	G															
(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'EX



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

Le 22/09/2020

سماعات مخصوصة

134,00 د.د 8

2) Ecole d'neel



25,70

2) Zolegy



115,170

نفخ 21 ج sans mit

PHARMACIE DE LA WILAYA
Dr. ZEKRI Abdellatif
Doyen de l'Institut de Pharmacie
222, Bd Ouled Moulaya-El Oulfa
Casablanca-Tél:0522 90 51 13
ICE: 001573273000063

د. التا
مادايد
Dr. Nabil MADAIIDOU
Institut des Maladies
des yeux
Partie de l'Oeil

PPC: 135,00

E0119

07/2022

PPC: 135,00

LOT E0118

11/2021

PPC: 135,00

E0119

07/2022

PPC: 135,00

E0120

02/2023

PPC: 135,00

LOT E0119

07/2022

PPC: 135,00

LOT E0118

11/2021

PPC: 135,00

LOT E0120

02/2023

PPC: 135,00

E0120

02/2023



6118001102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPN : 75,70 DH

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



CASABLANCA LE,

22/09/2020

NOM ET PRENOM DU MALADE

CHAIRI KHAMDOUJ

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O. D



O. G



VISION DE PRES

O. D

+ 2,25 -006-

O. G

MONTURES



RUE ADDAMAN - DERB GHALLEF CASABLANCA

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

OPTIQUE AIGLE VISION

CHAÏK khaddouj
CASABLANCA Le : 28/9/2020

FACTURE N°: 3771200

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

Optique Aigle Vision
OPTICIEN
N Rue 138 N 40 Quatre
Sébastien - M.C 12783
Tel. 05 22 93 22 90

Siège social : Rue 136 N° 49 GR "N" Oulfa - Casablanca -Tél /Fax : 0522 93 22 99

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 - BC : 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 :								DESTINATAIRE :	CHAIK,Khaddouj		
MALADE :	CHAIK,Khaddouj				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.	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	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL</u>		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				