

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.

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

La 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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° W19-571044

50518

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11679	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : El Dlissi Yousef			
Date de naissance : 20/10/1976			
Adresse : Rue 142 N° 17 Aïn chech - casablanca			
Tél. : 066025037X	Total des frais engagés : 12 685 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Chirurgien Dentiste - Radiologue - Médecin Pédiatrique - Médecin Généraliste - Médecin Médecin de famille - Médecin de ville	
Date de consultation : 11 DEC. 2020	
Nom et prénom du malade : Dr. El Dlissi Yousef	
Lien de parenté : Enfant	
Nature de la maladie : fr. 200 Ar-phys d' sit à domicile	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : a domicile	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e)

Le : 02/11/2020



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/10/2020	1030	1000	INP 301,18	301,18
03/10/2020	1030	1000	INP 780,84	780,84

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Distributeur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARMI CHEIKH SARI N° 60001 TS SHAMRA 2 AL QODS AIN CHOK - CASABLANCA TÉL 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18	02.10.20	36.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
02/04/2020 ANSS HAY POLYCLINIQUE ASSURANCES		775	150,00

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



وصفة

ORDONNANCE

Mère - Enfant
Hay Hassani

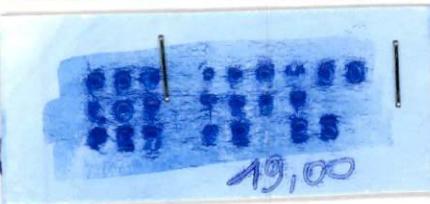
1021001606

EL TOS R: 55: Souleiman

19,00

1)

Num del



100 PL x 3 j



17,50

2)

Doliprane



100 PL x

T: 36,50

PHARMACIE CHARM CHEIKH S.A.R.L
N° 090 LOTS HAOUARA 2 AV 8000
AIN CHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18





N° IPP :	685867	N° SEJOUR :	200020992	FACTURE N° 2003006607		DATE D'ENTREE :	02/10/2020	DATE DE SORTIE :	02/10/2020	
ASSURE :			DESTINATAIRE :							
MALADE :	EL IDRISI, Souleimane		UF: 5003 RADIOLOGIE			EL IDRISI, Souleimane				
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										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant :	186999 EQUIPE RADIO .	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 :	

DATE FACTURE :	02/10/2020	EDITEE LE :	02/10/2020	PAR:	OUKHAL	ACCIDENT DE TRAVAIL :	
VISA						N° DE POLICE :	DATE AT :
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S



BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR
N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49



NOTE CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

El Idrissi Souleiman

2) Renseignements cliniques sommaires :

fr. 51 2010-08-06
domicile

3) Traitement envisagé et actes :

Attelle
K no

4) Durée prévisible du traitement :

A

LE

02/10/20

Signature

DR HASSANI Bouchra
Polyclinique
Mère-Enfant Hay Hassani
06092187



N° IPP : 685867 N° SEJOUR : 200020993

FACTURE N° 2005007699

DATE D'ENTREE : 02/10/2020 DATE DE SORTIE : 02/10/2020

ASSURE :

MALADE : EL IDRISI, Souleimane

UF: 5002 URGENCES

DESTINATAIRE :

NOM JEUNE FILLE :

EL IDRISI, Souleimane

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
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
FOURNITURES MEDICALES				76.18					0.00	76.18

Intervenant : 470024 DR. LARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA

TOTAUX :

301.18

301.18

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENT UN DHS ET DIX-HUIT CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : 301.18

AVOIR :

RESTE DU : 0.00

DATE FACTURE : 02/10/2020

EDITEE LE : 02/10/2020

PAR : OUKHAL

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR

N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49





NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

El IDRISSI Souleiman

2) Renseignements cliniques sommaires :

Fr. dos Au bras
droit à domicile

3) Traitement envisagé et actes :

Immobilisation

K30

4) Durée prévisible du traitement :

A

LE

20

Signature

Dr. LARAKI MOUSSAÏD Bouchra
Polyclinique Mère-Enfant Hay Hassani
061280760

CE DOCUMENT EST CONFIDENTIEL
DU MEDECIN TRAITEUR

Pli à Joindre à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expediteur :

Casablanca, 05/10/20

SERVICE DE RADIOLOGIE

IDENTITE PATIENT : EL IDRISI SOULAIMANE

EXAMEN DEMANDE PAR : DR

RADIOGRAPHIE : AVANT BRAS DROIT

RESULTATS :

- Fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant bras droit.

Dr. Souad LAHBABI
RADIOLOGUE

DR LAHBABI
MEDECIN RADIOLOGUE
PHH CNSS

BILLET D'EXAMEN
DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

IADIS

NOM DU MALADE

El Ddishi
Salim

N° C.N.S.S. ou Mutuelle



Renseignements clinique

Examen demandé

Rad. R.
DT
F+P

Le médecin traitant

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Z =	PC =	K =	Biffer les mentions intuiles	
24 x 30	36 x 43	35 x 35	18 x 24	Total clichés =
30 x 40	35 x 35	13 x 18	15 x 40	Total posés =

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE

BILLET D'EXAMEN
DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

103

NOM DU MALADE

El Didi Sh
Salimone

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

400

Renseignements clinique

Examen demande

Rad. du vis.
PA
F + P

Le médecin traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30		36 x 43		35 x 35		18 x 24	
30 x 40		35 x 35		13 x 18		15 x 40	

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =