

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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° P19-0007078

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 09452

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bensabat

Date de naissance : 11-02-1968

Adresse : Dr. Omar Ruffi Esc 5 Apt 50 Casablanca

Tél. : 626301906

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rabahia Zahidy

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Comptoir

Enfant

Nature de la maladie : DNV

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 :

Le : / /

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
le 12/01/2019	CM	100	149,30	Dr. Amrani Médecin Général

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE My. YOUSSEF Salma CHERIF D'OUAZZANE	17.11.2019	130,60
Docteur en Pharmacie 139, Boulevard My. Youssef SABLANCA - Tél : 05 22 22 27 56		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BEI EVE DES EBRAIS 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



درب غلب
DERB GHALLEF

Le 17.11.19

ر. زهادى بوعصب

٧٤.٢
١٢ Stress



سلفي

٥٦,٦٠
٣ Gilmax ٠٠٤٩٦
١٣٠,٦٠ ١٤٥,١٢ س.٤٨



Dr. Hajar AMRANI
Medecin Généraliste

PHARMACIE My. YOUSSEF
Salma CHERIF D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My. Youssef
CASABLANCA - Tél : 05 22 22 27 25

Lot : 3133
Mfg: 01 2019
EXP.: 01 2022
BIOCODEX MAROC PPV : 74,00 DH

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
LOT : MA039603
PER: 02/2023

P.P.V : 56DH60
6 118000 061465



N° IPP :	560463	N° SEJOUR :	190078018	FACTURE N° 1905055003			DATE D'ENTREE :		17/11/2019	DATE DE SORTIE :		17/11/2019	
ASSURE :							DESTINATAIRE :		ZAHIDY, Bouabid				
MALADE : ZAHIDY, Bouabid				UF: 5002 URGENCES			N° IMMAT C.N.S.S :						
NOM JEUNE FILLE :							N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 1 :													
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.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00			
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F													
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50			
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER													
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				18.97					0.00	18.97			
FOURNITURES MEDICALES				2.88					0.00	2.88			

Intervenant : 200514 DR AMRAINE HAJAR (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	149.35						149.35
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
CENT QUARANTE NEUF DHS ET TRENTÉ CINQ CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	149.35	R					
DATE FACTURE : 17/11/2019	EDITEE LE : 17/11/2019	PAR: BAKHRI	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					

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23 , Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 19/11/2019

Facture N° 19855/2019

Nom patient : ZAHIDY BOUABID

Examen(s) réalisé(s) :

THORAX 1 INCIDENCE:

Montant : 200 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENTS DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES



Radiologie Sebta 23



الفحص بالأشعة
سبتة 23

Scanner spiralé, 3D, Denta - Echographie Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Rachis et M.I en totalité - Mammographie - Panoramique dentaire et Télé Radio Numérisés
Biopsies guidées - Radio photo pulmonaire - IRM sur R.V

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

Casablanca , le 19/11/2019

Patient : ZAHIDY BOUABID

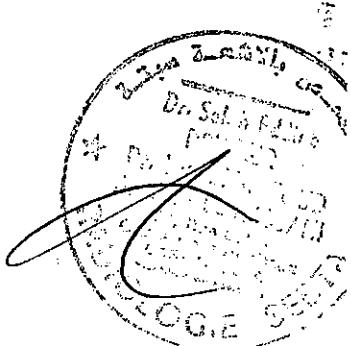
RX THORAX FACE

Epaississement des parois bronchiques .

Absence de foyer pleuro-parenchymateux évolutif visible .

Silhouette cardio-médiastinale normale .

Confraternelle ment
DR. DRHIMER





درب غلب

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le 17. 11. 19

Dr Hajar Bouafid



Dr. Hajar AMRAIN
Médecin Généraliste