

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.

Médecine 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.

Éducation :

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 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 P19-0048137

23243

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08830 Société : R.A.F.

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : V.Z.B.DANI

Autre : Retraité

Préname : ZEINAB

Date de naissance : 1970

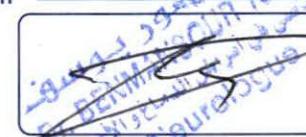
Adresse : Bendek EL FATEH 0.11 3rd fl. 3M. RAJHANE

HAY EL Qods CASA

Tél. : 2696 539 150 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : K. Lez. S. S. Age : 50

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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

Le : 02/03/2020

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
23/10/20	C.C.		150DH	DR. NABIL CHAMALI Neurologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. NABIL CHAMALI DOCTEUR EN MEDICINE	23/10/2020	413.70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

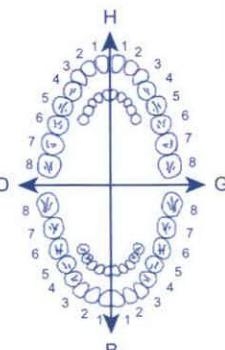
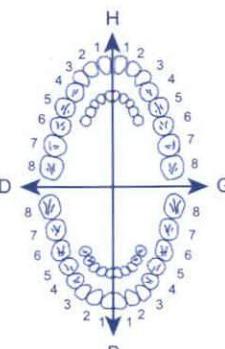
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DR. NABIL CHAMALI						

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 de l'

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	21433552 00000000 00000000	G	
D	00000000 00000000 35533411	B	11433553 00000000	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[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

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 :	1129062	N° SEJOUR :	200006518	FACTURE N° 2002001939				DATE D'ENTREE :	23/01/2020	DATE DE SORTIE :	23/01/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : KHARBOUCH,Samira				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				KHARBOUCH,Samira			
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
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE										

Intervenant :	26032015 BENMANSOUR YOUSSEF NEUROLOGUE	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 :	23/01/2020	EDITEE LE :	23/01/2020	PAR:	AZEDIN	ACCIDENT DE TRAVAIL:				
----------------	------------	-------------	------------	------	--------	----------------------	--	--	--	--

VISA	N° DE POLICE :		DATE AT :	
	Réglément à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef		
	BANQUE :	BMCE AGENCE MOULAY DRRISS 1ER - CASABLANCA		
	N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31		

وصفة ORDONNANCE

L	O	I	1	9	1	9	2	8	1
E	X	P	0	9	2	0	2	2	2
PPV									
35,70									

35,70

Le 28/01/2022

enne Kharbach Samira

① Alpin 156 342

35,70

156 342

1/1/2022

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

② cilentra

126,00 x 3

156 342

1/1/2022

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
DR. NABIL
DOcteur en Pharmacie
TE. Bous de LALAS - Maârif Casablanca

1/1/2022

1/1/2022

1/1/2022

126,00 x 3 = 378,00

زنقة الضمان - مرب غلف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 30 20 إلى 05 22 86 42 05 - فاكس:

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tel: 0522 86 30 20 a 27 - Fax: 05 22 86 42 05