

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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 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° W19-580667

CA
FL 981

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 93041 Société : 2AM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SENBALI ABDIA LI EL HABY OUFRIEN

Date de naissance : 01/01/1941

Adresse : HERB EL HOUZIA N°12 18loc 202

Hay Hassan, Rabat

Tél. : 05 22 89 93 51 Total des frais engagés : 1120,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 091183269

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age: 70ans

Enfant

Nature de la maladie :

SD

Cardi

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 : 29/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-580667

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 93041

SENBALI

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 1120,00

Date de dépôt : 31/05/2021

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
12/05/2021	✓		120,00	DR. B. S. YACOUB Médecin Généraliste INPE : 0911832

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/05/2021	MDA	1000

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

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.								
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording nature of treatments)	Coefficient (Rows for recording coefficients)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 				
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>								
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>								

وصفة ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le ١٢١٥٧٢٠٢١

n° ٦ Ham Rejeb

- سد عنق
- سد فرد
- سد رضو

Dr. Youssef

Dr. Youssef YAQOU
Médecin Généraliste
INPE : 091183269



Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 12/05/2021

Patient (e) : EL HADI MERYEM

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE : Acquisition volumique avec une collimation de 16 x 0.75 mm sans injection de PDC. Reconstructions multi planaires

RESULTAT :

- I.R.M
(1.5 Tesla)
 - Plages en verre dépoli bilatérales, et multifocales, périphériques et prédominant aux lobes inférieurs, **avec atteinte estimée à environ 20 % du parenchyme**
 - Absence de condensations systématisées
 - Absence d'épanchement pleural ou péricardique
 - Absence adénopathie de taille significative
 - Médiastin en place et loges médiastinales libres
- Scanner
(Corps Entier)
- Radiologie
Numérique

CONCLUSION :

- Atteinte parenchymateuse bilatérale d'allure infectieuse modérée (20 %)
- Examen classé CORADS 5 : aspect très évocateur d'une infection au COVID 19

Cordialement
Dr JELLOULI

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531

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 : 1213911	N° SEJOUR : 210035206	FACTURE N° 2105020916				DATE D'ENTREE : 12/05/2021		DATE DE SORTIE : 12/05/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE : EL HADI, Meryem				
MALADE : EL HADI, Meryem		UF: 5002 URGENCES								
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 TDM	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE	TOTAUX : 1000.00								1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE	PLAFOND PC :								ACOMPTE :
	REMISE : 0.00	REGLE :							AVOIR :
	RESTE DU: 1000.00								
DATE FACTURE : 12/05/2021	EDITEE LE : 12/05/2021	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL :						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						

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 : 1213911	N° SEJOUR : 210035212	FACTURE N° 2105020922				DATE D'ENTREE : 12/05/2021		DATE DE SORTIE : 12/05/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : EL HADI,Meryem		UF: 5002 URGENCES				EL HADI,Meryem				
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.	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)			TOTALS :		120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
CENT VINGT DHS			REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :		
			RESTE DU:		120.00						
DATE FACTURE : 12/05/2021			EDITEE LE : 12/05/2021		PAR: KARIM	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						