

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.

Options:

- 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

- O Réclamation** : contact@mupras.com
 - O Prise en charge** : pec@mupras.com
 - O 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W21-657112

52

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 668	Société : QAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SAAD HIR BA M ² Abde Rouahhab			
Date de naissance : 2/01/1942			
Adresse : Hay salmia 2 Rue 1, n° 245 Gasa			
Tél. : 0663823795	Total des frais engagés :		Dhs

Autorisation CNPP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="text"/>
Cachet du médecin :	<input type="text"/>
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<input type="text"/>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<input type="text"/>
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutualité.	<input type="text"/>

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 :.....

Signature de l'adhérent(e) :.....

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
DR MASTOUR MOHAMED radiologue polyclinique CNSS - Djerba Chajef IMPE : 91036326	10/08/21	130	1000000

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient														
				INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>15334111</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique necessaire à la prothese.</p>			H		25533412	21423552	30000000	00000000	-----	-----	30000000	00000000	15334111	11433553	B	
H																		
25533412	21423552																	
30000000	00000000																	
-----	-----																	
30000000	00000000																	
15334111	11433553																	
B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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 : 1233003	N° SEJOUR : 210062273	FACTURE N° 2105039301				DATE D'ENTREE : 10/08/2021	DATE DE SORTIE : 10/08/2021				
ASSURE :						DESTINATAIRE :	SAGHIR BA-MOHAMMED,Abdeouahhab				
MALADE : SAGHIR BA-MOHAMMED,Abdeouahhab		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	
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A)	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)		TOTAUX :		120.00						120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS					PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
					REMISE :	0.00	REGLE :	120.00	AVOIR :		
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 11/08/2021		EDITEE LE : 27/10/2021		PAR: SAAD	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 DRRISS 1ER - CASABLANCA									
		N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31									

Duplicata



N° IPP : 1233003	N° SEJOUR : 210062247	FACTURE N° 2105039275				DATE D'ENTREE : 10/08/2021				DATE DE SORTIE : 10/08/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE :							
MALADE : SAGHIR BA-MOHAMMED,Abdeouahhab		UF: 5002 URGENCES				SAGHIR BA-MOHAMMED,Abdeouahhab							
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	1.00	1000.00	1000.00						0.00	1000.00		

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED				TOTaux : 1000.00								1000.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :								ACOMPTE:			
MILLE				REMISE : 0.00		REGLE : 1000.00						AVOIR :			
				RESTE DU: 0.00											
DATE FACTURE : 10/08/2021 EDITEE LE : 27/10/2021 PAR: SAAD				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>											
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											

Duplique



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

DUPLICATA

Casablanca le : 10/08/2021

Patient (e) : SAGHIR MOHAMED ABDELOUAHHAB

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales en mode hélicoïdal sans injection du produit de contraste.

RESULTAT

Présence de foyers en verre dépoli périphérique et sous pleural bilatérale.

Absence de nodule pulmonaire.

Absence d'image de dilatation des bronches.

Absence d'épanchement pleural.

CONCLUSION

Aspect en faveur d'une pneumopathie évolutive virale COVID 19 intéressant plus de 60% du volume pulmonaire.

DR MASTOUR MOHAMED
Dr
Radiologue Polyclinique
CNSS Derb Challef
INPE : 91036335