

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *2268* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *ITCHCHOU Abdelaziz*

Date de naissance : *11-12-1955*

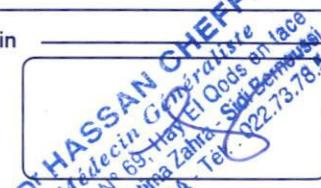
Adresse : *Hzy El Oods Resid. El FAIR Imme YASMINEN n°2*

Bernoussi C252b12nC2

Tél. : *06.73.23.34.52* Total des frais engagés : *160,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *DEBBAGHI Malik* Age : *64*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Bronchopneumopathie*

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 : *C252b12nC2* Le : *15/12/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
13/12/2021				<i>(Signature)</i>
				<i>(Signature)</i>

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
	13/12/2021	216	16.600

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	Coefficient des travaux	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU			

Docteur Hassan CHEFFI
Médecine Générale

Diplômé en Echographie
de l'Université de Montpellier

الدكتور حسن الشفي
الطب العام

دبلوم في التشخيص
العلمي بالصدى جامعة مونبلي

Casablanca, le

13/12/2021

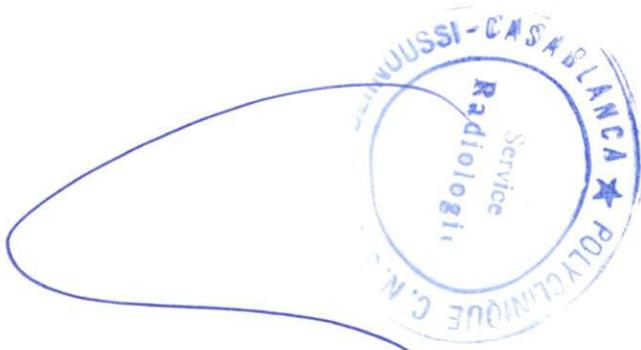
DEBORA GH

Malik q

C

R X

Thorax



زنقة 23 N° 69 - حي القدس (أمام مسجد للاقاطمة الزهراء) سيدى البرنوصي - الدار البيضاء

Rue 23 N° 69 - Hay El Qods (en face Mosquée Fatima Zahra) - Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف: 05 22 73 78 51

Dr HASSAN CHEFFI
Rue 23 N° 69 - Hay El Qods en face
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi
CASABLANCA
Tél: 022.73.78.51

RADIOLOGUE : LEMNOUNI
MEDECIN DEMANDEUR

Nom : DABBAGHI
Prénom : MALIKA

DATE : 13/12/2021

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Rx : THORAX FACE

RESULTAT

- Foyer alvéolaire au niveau du poumon droit
- Syndrome bronchique basal bilatéral
- Aorte déroulée

SENTIMENTS CONFRATERNELS



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY-EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 581424	N° SEJOUR : 210044659	FACTURE N° 2104016196				DATE D'ENTREE : 13/12/2021		DATE DE SORTIE : 13/12/2021				
ASSURE :						DESTINATAIRE :						
MALADE : DABBAGHI,Malika		UF: 5003 RADIOLOGIE				DABBAGHI,Malika						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :										
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1 : REF. PC 2 :		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	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00	

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE			TOTAUX : 160.00								160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS			PLAFOND PC :								ACOMPTE:
			REMISE : 0.00		REGLE : 160.00						AVOIR :
			RESTE DU : 0.00								
DATE FACTURE : 13/12/2021 EDITEE LE : 13/12/2021 PAR: LAHBAR			ACCIDENT DE TRAVAIL :								DATE AT :
VISA			N° DE POLICE :								
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI								
			BANQUE : BMCE - BERNOUSSI								
			N° compte bancaire : 01178000049210006006888								