

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.

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.

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 canaux, 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 canaux.

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

N° M21- 074885

ND: 98498

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2451 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : AHMED Mustapha

Date de naissance : 1949

Adresse : Res. el fagr Immo. Rihone N° 4

Hay. el qods Side Bernoussi

Tél. : 0660 870931 Total des frais engagés : 773,38 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/12/2021

Nom et prénom du malade : AHMED Fatima Age : 1951

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome grippal

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 : 29/12/21

Signature de l'adhérent(e) :

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 : 551933 | | N° SEJOUR : 210047428 | | FACTURE N° 2105011945 | | DATE D'ENTREE : 29/12/2021 | | DATE DE SORTIE : 29/12/2021 | | | |
| ASSURE : | | | | UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. : | | DESTINATAIRE : AHRID, Fatima | | | | | |
| MALADE : AHRID, Fatima | | | | | | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | | | | | | | |
| 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 COTES EN K | | | | | | | | | | | |
| ACTE DE SPECIALITE MEDICALE | | K | 5.00 | 22.50 | 112.50 | | | | | 0.00 | 112.50 |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | | 100.68 | | | | | 0.00 | 100.68 |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | | 3.10 | | | | | 0.00 | 3.10 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|--|--------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------|--|---------|--|
| Intervenant : 10687 DR TALHA IMANE | | TOTAUX : | | 216.28 | | | | | | 216.28 | | | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SEIZE DHS ET VINGT HUIT CENTIMES | | | | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE : | | | |
| | | | | REMISE : | | 0.00 | | REGLE : | | 216.28 | | AVOIR : | |
| | | | | RESTE DU : | | 0.00 | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 29/12/2021 | | EDITEE LE : 29/12/2021 | | PAR: LAHBAR | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | | |
| VISA | | | | | | N° DE POLICE : | | DATE AT : | | | | | |
| | | | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : | | POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI | | | | | |
| | | | | | | BANQUE : | | BMCE - BERNOUSSI | | | | | |
| | | | | | | N° compte bancaire : | | 011780000049210006006888 | | | | | |



وصفة
ORDONNANCE



سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

le 23/12/2021

Ahmed Fatima

PPV: 222,00 DH
LOT: 646382
PER: 08/22

Augmentin sachet

1 sachet x 31j
Port 2 ans



792.00
792.00
PPV 79DH70
PER 08/24
LOT K2172

Azix 500

1 cp/j



lot: 703150
Per: 01/2024
PPV: 174DH40

Deflogacort cp 30

2 cp/j 14j



176.00
LOT 21002
PER JAN 23
PPV 39DH90

Exomuc 1 sachet x 31j



39.90
PPV 39.90
PER 08/24
LOT 12009

Dolipra 1g x 31



Brofar vitame C

1 cp x 21j



VITAMINE C 1g
Boite de 20 comprimés effervescents
PPV: 26,50 DH
6 118000 190936

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax: 05.22.73.15.72

Pharmacie RIAD AL QODS

30 Bis, Cr. Zenata 4

Hay Al Qods - Casablanca

Tél: 05 22 73 21 91

F=557,10