

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.

Pathologie 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0006185

Mo3gh

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5232

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EZZAHER ALI

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : Bouchantouf Rue 52 n° 15 CASA

Tél. :

Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/02/2022

Nom et prénom du malade : Touria Fessafar Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Talalgie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'effectif des Actes
10/02/2022	Médecin - Dr Fida Sultane - INPE: 071155334	C	Généraliste	<i>Fida Sultane</i>
01/03/2022	Médecin - Dr Fida Sultane - INPE: 071155334	C	Généraliste	<i>Fida Sultane</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMONIE DE PHARMACIE CASABLANCA 20550 Tél : 05.22.28.45.24	01/03/2027	7500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01 MARS 2022		

AUXILIAIRES MEDICAUX

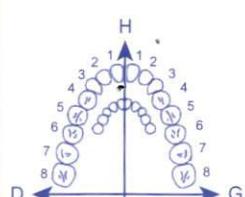
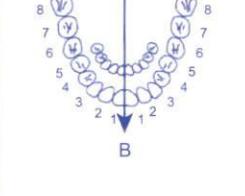
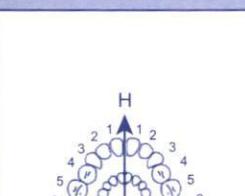
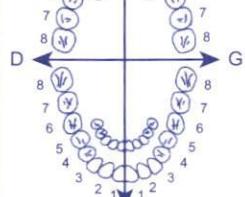
Cachet et signature du patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
KIT MED AOUYET CIE	01/03/2022	1				280.00
Quartier des Hôpitaux - Casablanca						
Tél: 05 22 08 04 31 - 05 22 86 03 66						
Fax: 05 22 80 04 16 C7						

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'odontologie.

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			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXÉCUTION

مُعَدِّل

CELEPHI® 200 mg 10 Gélules



صيَّدة h.i.

ORDONNANCE

Le : 01.03.2022

Mr

Touria Fessafar

25,00

صيدلية درب يوسف
PHARMACIE DÉR. YOUSSEF
223, Rue 40 Driss
CASABLANCA 20530
Tél : 05.22.28.45.24

1/ Celephi 200mg
1 gel 10.

date 10/



KIT MED SLAOUI ET CIE
33, Rue Lahcen Al Arjouna
Quartier des Hôpitaux Casablanca
Tel: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 03 66
Fax: 05 22 80 04 16 C7

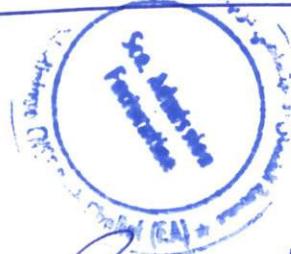
280.0

2/ Semells orthopédiques
(épi / Mâdecin / Driss Nâbi
Médecin / Driss Nâbi
CIS Mers Sultan El Fida
Casablanca 115115530
Tél: 05 22 28 45 24)

ORDONNANCE

Le : 28.02.2022

Hm Touria fesafar;





Équipement Médical

0066475

Client : I. Jouria

ESSA FAR

AU COMPTANT:

Casablanca, le : 01/03/2022

Référence	Désignation	P.U.T.T.C	Total T.T.C
	SL- 500Y Semelle en Silicone		
	SEMELLE SILICONE OR 1 (POINT) LINE	1x280	280
SL-500Y			
	KIT MED SLAOUI ET CIE 33, Rue Lahcen Al Arjoune Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 03 66 Fax: 05 22 80 04 16 C7		
		Total T.T.C	280,00

33, rue Lahcen Al Arjoune. Quartier des Hôpitaux. (en face Hôpital 20 Août). - Casablanca - Maroc

Tél.: (212 522) 86 34 27 / 86 03 66 / 86 08 56 / 86 04 31 - Fax: (212 522) 86 04 16 - Email : kitmed@menara.ma - Site web : www.kitmed.ma
SARL au Capital de 4 500 000,00 DH - Patente : 36340920 - RC : 89693 - IF : 01086332 - CNSS : 2734475 - ICE : 001530628000088



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

Casablanca le : 01/03/2022

Patient (e) : ESSAFAR TOURIA

RX. TALONS DE PROFIL

Epine calcanéenne bilatérale.

Aspect de la trame osseuse.

DR BENBRAHIM

Dr. Benbrahim BENBRAHIM
Medecin Radiologue
Spécialiste Chirurgie des Os et Muscles
Chirurgie de la Main et du Poignet

POLYCLINIQUE ADDAMAN - 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 : 1278199	N° SEJOUR : 220018759	FACTURE N° 2203007484				DATE D'ENTREE : 01/03/2022		DATE DE SORTIE : 01/03/2022		
ASSURE :						UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE :		
MALADE : ESSAFAR,Touria		N° IMMAT C.N.S.S :		ESSAFAR,Touria						
NOM JEUNE FILLE :										
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 ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	30.00	10.00	300.00					0.00	300.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .		TOTAUX :		300.00						300.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
TROIS CENTS DHS		REMISE :		0.00	REGLE :	300.00			AVOIR :		
		RESTE DU:		0.00							
DATE FACTURE : 01/03/2022		EDITEE LE : 01/03/2022		PAR: BILAL		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL</u>					
VISA						DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef					
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

