

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.

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.

185026

Déclaration de Maladie : N° P19- 0019306

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 406

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdellah Fatoumou, Date de naissance : 01/01/1935

Adresse :

Tél. : 063795620 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 091183269

Date de consultation : 21/02/2022

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Perte

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

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
21/07/2022	ECG	1	800	Dr. HAFDI Neureddine Cardiologue المختار حلبي نور الدين
28/07/2022	ECG	1	800	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE CNSS - 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



VOTRE SANTÉ. NOTRE PRIORITÉ

N° IPP :	1309233	N° SEJOUR :	220062731	FACTURE N° 2205018504				DATE D'ENTREE : 21/07/2022		DATE DE SORTIE : 21/07/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	QANDIL,Fatima				QANDIL,Fatima						
NOM JEUNE FILLE :	ASSMUPRAS				HAY MABROUKA RUE 27 N 108 CASA						
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.											
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				5.62					0.00	5.62	
FOURNITURES MEDICALES				0.96					0.00	0.96	

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	86.58							86.58
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :					ACOMPTE:			
QUATRE-VINGT SIX DHS ET CINQUANTE HUIT CENTIMES	REMISE : 0.00 REGIF :					AVOIR :			
DATE FACTURE : 21/07/2022	EDITEE LE : 21/07/2022	PAR: MOURAD	RESTE DU: 86.58						
<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>									
N° DE POLICE :					DATE AT :				
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef									
BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA									
N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31									

POLYCLINIQUE CNSS
DERB GHALLEF
CAISSE CENTRALE

POLYCLINIQUE CNSS - 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 : 1309233 N° SEJOUR : 220062729

ASSURE :

MALADE : QANDIL,Fatima

NOM JEUNE FILLE : ASSMUPRAS

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

FACTURE N° 2205018503

DATE D'ENTREE : 21/07/2022 DATE DE SORTIE : 21/07/2022

DESTINATAIRE :

QANDIL,Fatima

HAY MABROUKA RUE 27 N 108 CASA

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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.	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG										

Intervenant : 010402 DR HAFDI NOUR EDDINE (CARDIOLOGUE)	TOTAUX :	250.00							250.00
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 250.00

DATE FACTURE : 21/07/2022 EDITEE LE : 21/07/2022 PAR: MOURAD

*INTIQUE ANSES
UJEF CASABLANCA
SE URGENCES*

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31