

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 à l'ordonnance.
- 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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-708972

18/10/17

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Mutricule : 1380		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : EL KHAIER Abdellah			
Date de naissance :			
Adresse : 55 MARA 1 Mohammedia			
Tél. : 06 61 22 87 81		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

DR BOUSBIYASSINE
Médecin Généraliste
Polyclinique CNSS
Mohammedia
INPE:091235287

Cachet du médecin :
Date de consultation : 06/10/2022
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :
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 : Mohammedia Le 19/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : H. B. A.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

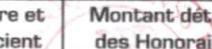
N° W21-708972

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
206/10/22			144,92	INP : <input type="text"/>   Dr. BOUSBIYASSINE Médecin Généraliste Polyclinique CNSS Mohammed VI Tel: 091235267

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/22	INPE : 092038103 111,40

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALYSES - RADIographies Laboratoire et Clinique Dr. Lot Wafa, Mohamme BORA Radiologue Mohammed Lot Wafa Bd. Mouloud 30 40 30 Tunis - 05 23 30 40 30	08/11/82	D 90	145.000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	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											
		H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		00000000	00000000										
35533411		11433553											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									



وصفة
ORDONNANCE



le 06/10/2022

m¹ SAD Ry Wafa BA

22,50

1/ Cedol



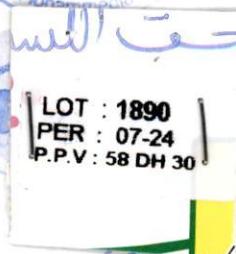
58,30 3 x 3

2/ Meg of m 160

31,10 2 x 3 / 10

3/ Keteflex 06 j/ Dic
Cart x 3 / 10

111,40



وصفة
ORDONNANCE

le 06/10/2022

m^{me} SADRY

MASSEBA

—ECBU

Dr. BOUSBI YASSINE
Médical Général
Polyclinique CNSS
Mohammedia
INPE:091235281



LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
1 Bd.Med.V - Mohammedia
TÉL : 05 23 30 40 30

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence:

21008558

Analyses effectuées le: 08/10/2022

Pour.....: **Mme SADRY NASSIBA EP EL KHAIER**

Sur prescription du: Dr BOUSBI YASSINE

Code.....: 00021307



Organisme.....:

Bilan:

CBU

Cotation : (B 90)

Montant Net : 145.00 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT QUARANTE CINQ Dhs 00 Cts

LABORATOIRE AMARA
NASSIBA EP EL KHAIER
BIOLOGISTE
1 Bd.Med.V - Mohammed V
Tél - 05 23 30 40 30



N° IPP :	79394	N° SEJOUR :	220020805	FACTURE N° 2205009073				DATE D'ENTREE : 06/10/2022		DATE DE SORTIE : 06/10/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : SADRY, Nassiba				UF: 5002 URGENCES				SADRY, Nassiba			
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.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F											
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50	
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER											
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				13.26					0.00	13.26	
FOURNITURES MEDICALES				4.16					0.00	4.16	

Intervenant : M0600002 DR BOUSBI YASSINE		TOTAUX :	144.92						144.92
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT QUARANTE QUATRE DHS ET QUATRE-VINGT DOUZE CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE:				AVOIR:	
		RESTE DU:	144.92						
DATE FACTURE : 06/10/2022		EDITEE LE : 06/10/2022	PAR: KHADIJ	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :						DATE AT :	
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA							
		BANQUE : BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA							
		N° compte bancaire : 011.787.0000152100060443.40							

Mohammed AMARA

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)

Spécialités : Biochimie - Hématologie

Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارة للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 08/10/2022

Heure : 07:52

Edition du : 10/10/2022

Code Patient 00021307

Matricule :



Référence 21008T2558 du : 08/10/2022

Mme SADRY NASSIBA EP EL KHAIER

Médecin: Dr. BOUSBI YASSINE

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

- Aspect..... : Hématifique

CHIMIE:

- PH..... : 6
- Albumine..... : Négatif
- Glucose..... : Négatif
- Corps cétoniques..... : Négatif
- Sang..... : ++

CYTOLOGIE:

- Leucocytes.....	: 5 à 10	/chp	(< à 5)
- Hématies.....	: 10 à 15	/chp	(< à 10)
- Cellules épithéliales.	: Rares		
- Cylindres.....	: Absents		
- Cristaux.....	: Absents		
- Trichomonas	: Absents		
- Levures.....	: Absentes		

RECHERCHE DE GERMES BANALS ET LEVURES:

- Culture..... : Demeurée stérile.

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
PHYSIOLOGISTE
L'BU Med. - Mohammed
TEL : 05 23 30 40 30