

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0725 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOHAMMADI TAHAR

Date de naissance : 01-01-1947

Adresse : 18, Hay Sechhar El Kheir HAY MOHAMMADI

Tél. : 661891458 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak SIWANE
Traumatologie - Unhopédie

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : QATOAT RAkouch Age: 45 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie cervico-brachiale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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 : 12/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/08/22	C2		150	Dr. Abdelhak SWANE Traumatologie - Chirurgie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Bachir SOUZOUBER 35, Q. Sidi Bernoussi H.M - Casab - Tel : 05 22 53 63 50 INPE : 05 20 74 23 22	12/08/22	889,80
Pharmacie Bachir Elkheir		1.881,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE : 05 20 74 23 22	35, Q. Sidi Bernoussi H.M - Casab - Tel : 05 22 53 63 50	201,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

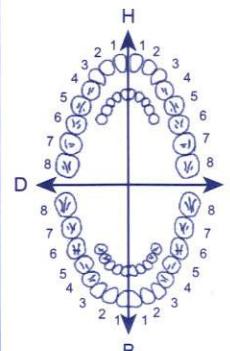
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	
KINESITHERAPIE PHYSIOTHERAPIE Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi	24/08/22	8				100,00

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 19/08/2022

نیپاتپات روکانچ

94.80

ISOPHARM
NEWFLEX
WARM-UP
94.80 dhs

2) Newflex crema chauffant
(app + 2).

94.80

LOT: 3936
MFG: 02.2022
EXP.: 02.2025
PPV: 94dhs00



3) Nydolflex
(app + 3).

3) Me + 5 T.

Pharmacie Bechar Elkheir

188.8

Dr. Abdennak SIWANE
Traumatologie - Orthopédie

Bd Bensaid salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

BECDIODOZE 20 dragees

PPV 35DH10 EXP 10/2024
LOT 18004 1

مصحة الضمان

PPV 35DH10 EXP 03/2025
LOT 21003 2

PPV 35DH10 EXP 03/2025
LOT 21003 2

BECDIODOZE 20 dragees

PPV 35DH10 EXP 03/2025
LOT 21003 2

PPV 35DH10 EXP 10/2024
LOT 18004 1

BECDIODOZE

PPV 35DH10 EXP 03/2025
LOT 21003 2

BECDIODOZE 20 dragees

PPV 35DH10 EXP 03/2025
LOT 21003 2

PPV 35DH10 EXP 03/2025
LOT 21003 2

Casablanca, le

12/08/2022

20 dragees

PPV 35DH10 EXP 03/2025
LOT 21003 2

BECDIODOZE

PPV 35DH10 EXP 03/2025
LOT 21003 2

N° 4849 a + R-Kach

35510 MM4

1/ Becid dragee
Ingrédients 216 + 3]. 03 - aï

(SV

2/ Nydrofén
1/4 + 87.

LOT: 00100000000000000000
LOT: 3935
MFG: 01 2022
EXP.: 01 2025
PPV: 940hs00



LOT: 00100000000000000000
LOT: 3937
MFG: 02 2022
EXP.: 02 2025
PPV: 940hs00



LOT: 22001
PER: 04/25
PPV: 100DH40

Lot: 002-22
Per: 01/2025
PPC: 110,00 DH

Pharmacie Bechar Elkheir
بشار الخير
Dr. Badr BOUZOUBAA

35, Q. Bechar Elkheir
H.M - Casa - Tél: 05 22 63 50 29
M. Tél: 092014232

Pharmacie Bechar Elkheir

Dr. Abdellah BIWANE
Traumatologie - Orthopédie
Dr. Badr BOUZOUBAA
35, Q. Bechar Elkheir
H.M - Casa - Tél: 05 22 63 50 29
88938

Bd Bensaid salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

Casablanca, le 14.08.16

N° PAT pat Rakach
neuvel gri crivis, bras bles
cote L
→ cerache du Trop. .

nee de acte de
Trop. je
+ reprise de bras
+ de canachai

AS se ag-

KINESITHERAPIE PHYSIOTERAPIE
Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi

Dr. Abdelhak SWANE
Traumatologie - Ortopédie

POLYCLINIQUE CNSS BERNOUSSI

Nercrechi
Roulrech
12:30

*NOM: QATQAT
*PRENOM: RAKOUCH

*DIAGNOSTIC: NCB

*MEDECIN TRAITANT: Dr. SIWAN

*MODE DE PAIEMENT: *PC

SERVICE DE REEDUCATION

10 Séances

KINESITHERAPIE PHYSIOTHERAPIE
Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi

*DATE	*HEURE	*DATE	*HEURE	*DATE	*HEURE
1 12/08/2022	11			21	
2 17/08/2022	12			22	
3 19/08/2022	13			23	
4 24/08/2022	14			24	
5 25/08/2022	15			25	
6	16			26	
7	17			27	
8	18			28	
9	19			29	
10	20			30	



N° IPP : 604898	N° SEJOUR : 220032656	FACTURE N° 2207000682				DATE D'ENTREE : 12/08/2022		DATE DE SORTIE : 12/08/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		QATQAT, Rakouch		
MALADE : QATQAT, Rakouch		UF: 5007 REEDUCATION				N° IMMAT C.N.S.S. :				
NOM JEUNE FILLE :						N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
TIERS PAYANT 1 :										
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 INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR LE MASSEUR-KINESITHE	AMM	1.00	50.00	50.00					0.00	50.00

Intervenant : 99952 SEBTI BTISSAM (KINESITHERAPEUTE)	TOTAUX :	50.00							50.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	50.00				AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 12/08/2022	EDITEE LE : 12/08/2022	PAR: GHAILA	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
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 : 01178000049210006006888						



N° IPP : 604898	N° SEJOUR : 220033351	FACTURE N° 2207000706				DATE D'ENTREE : 17/08/2022		DATE DE SORTIE : 17/08/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		QATQAT, Rakouch		
MALADE : QATQAT, Rakouch		UF: 5007 REEDUCATION								
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
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR LE MASSEUR-KINESITHE	AMM	2.00	50.00	100.00					0.00 100.00	

Intervenant : 99952 SEBTI BTISSAM (KINESITHERAPEUTE)		TOTAUX : 100.00								100.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DHS		PLAFOND PC :								ACOMPTE :	
		REMISE : 0.00		REGLE : 100.00						AVOIR :	
		RESTE DU : 0.00									
DATE FACTURE : 17/08/2022		EDITEE LE : 17/08/2022		PAR: BELKHZ		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 : 01178000049210006006888											



N° IPP : 604898	N° SEJOUR : 220034370	FACTURE N° 2207000744				DATE D'ENTREE : 24/08/2022		DATE DE SORTIE : 24/08/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		QATQAT, Rakouch		
MALADE : QATQAT, Rakouch		UF: 5007 REEDUCATION								
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
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR LE MASSEUR-KINESITHE	AMM	2.00	50.00	100.00					0.00 100.00	

Intervenant : 99952 SEBTI BTISSAM (KINESITHERAPEUTE)	TOTAUX : 100.00							100.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
	REMISE : 0.00	REGLE : 100.00						AVOIR :	
	RESTE DU : 0.00								
DATE FACTURE : 24/08/2022	EDITEE LE : 24/08/2022	PAR: BELKHZ	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 : 01178000004921006006888						





N° IPP : 604898	N° SEJOUR : 220032634	FACTURE N° 2202012781				DATE D'ENTREE : 12/08/2022		DATE DE SORTIE : 12/08/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		QATQAT, Rakouch		
MALADE : QATQAT, Rakouch		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0500035 DR SIWANE ABDELHAK (TRAUMATOLOGUE)	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 12/08/2022	EDITEE LE : 12/08/2022	PAR : GHAILA	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 : 01178000049210006006888						