

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1356* Société :

Actif Pensionné(e) Autre : *Med*

Nom & Prénom : *CHATIBANE*

Date de naissance : *01.01.48*

Adresse : *HAY EL qods REF ALMANZAH 1 MM36 N° 2255 + 69*

Tél. : *06 61 29 26 36* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
17/04/24	G		ECNS SERIAL 17/04/24 mabilité	Andrologue 06 61 51 26 Signature Med A... Andrologie U-4-n Serial

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/04	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborant(e) et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR KCHIOLU THA DOURARE	17/10/1974	echay	55 BEIN

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KHELIL Med ANIS
Chirurgien Urologue
Andrologue Sexologue
06 61 51 26 80

Casablanca, le 17/04/24

M. M. Dr. N. S. CHATWARK

Hassan Elgazzar
Elgazzar

→ Ferhat
Elgazzar
Elgazzar

Dr. KHELIL Med ANIS
Chirurgien Urologue
Andrologue Sexologue
06 61 51 26 80

Bd Bensaïd 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

RADIOLOGUE : DR KCHIWCHA .W

Nom : CHATWANE

MEDECIN DEMANDEUR

Prénom : MOHAMED

DATE : 17/01/2024

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE : PLEVIENNE

RESULTAT :

- Le balayage pelvien retrouve une hernie inguinale droite de 36 mm de collet à contenu épiploïque
- A noter une hypertrophie prostatique homogène
- La vessie est de contenu liquidien et de paroi fine.

SENTIMENTS CONFRATERNELS



N° IPP : 256286 N° SEJOUR : 240003781

ASSURE :

MALADE : CHATWANE, Mohamed

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

FACTURE N° 2404001272

DATE D'ENTREE : 17/01/2024

DATE DE SORTIE : 17/01/2024

DESTINATAIRE :

CHATWANE, Mohamed

UF: 5003 RADIOLOGIE

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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 100064 DR. KCHIOUCHA OUAFAE

TOTaux : 200.00

200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 200.00

AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 17/01/2024

EDITEE LE : 17/01/2024 PAR: LAABID

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

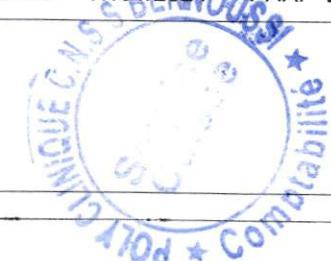
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE :

BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire :

01179300002321006006837





N° IPP : 256286	N° SEJOUR : 240003704	FACTURE N° 2402001306				DATE D'ENTREE : 17/01/2024	DATE DE SORTIE : 17/01/2024			
ASSURE :	MALADE : CHATWANE, Mohamed					UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI	DESTINATAIRE :			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :	CHATWANE, Mohamed							
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
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
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100047 DR. KHELIL MOHAMED ANIS	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 : 17/01/2024	EDITEE LE : 17/01/2024	PAR: LAABID	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 : 01179300023210006006837							

