

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



06 77 06 52 57
Déclaration de Maladie

N° P19-0026200

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) I.I.S.W

Matricule : 3144

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben AZIZ AZIZAH YOUSSEF BART

Date de naissance : 9/11/75

Adresse : 40 Rue OUKHOULANE RES. KATARTAR

Tél. 06 77 06 52 57

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KAAB ABDELHADI
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derb Ghaïef
NPE: 71094228

Date de consultation : 11/02/20

Nom et prénom du malade : BART YOUSSEF

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 : Casablanca

Le :


Signature de l'adhérent(e) :




RELEVÉ 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
11/02/2020	CNV		120,00	
12/2/200	C		120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/02/20	78,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/02/2020	230	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

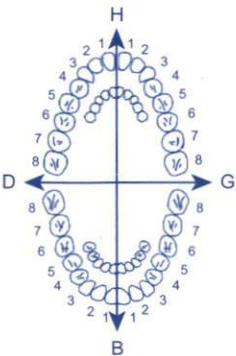
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

13,20

CNSS
Le devoir de vous protéger

Di-INDO® 25 mg
PPV 65DH00 EXP 02/2022
LOT 84020 3
30 comprimés effervescents

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 11.02.20
Ma rent yours

65,00
13,20
78,20

Dr. Kaab Abdelhadi
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derb Ghallef
INPE: 41094228

S.V.

PHARMACIE HIBA
Hay Rana Rue Banafsaj
N°51 Les Beauséjour - Casa
Tél.: 022.94.99.34

زقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

11-02-20

ELIOT YUKY

- No du 5 d'arrêt

du me gauche 7/8

- No du 5 d'arrêt du

me gauche 7/8

+G

Dr. KAB ABDELNADI
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS D'Acc. Ghalef
INPE: 41094228

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 1133183	N° SEJOUR : 200012152	FACTURE N° 2005007239		DATE D'ENTREE : 11/02/2020		DATE DE SORTIE : 11/02/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : BARJ,Youssef		UF: 5002 URGENCES		BARJ,Youssef						
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 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 :			AVOIR :	
				RESTE DU:	300.00					
DATE FACTURE : 11/02/2020				EDITEE LE : 11/02/2020	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :				
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 1133183		N° SEJOUR : 200012160		FACTURE N° 2005007247		DATE D'ENTREE : 11/02/2020		DATE DE SORTIE : 11/02/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE : BARJ,Youssef								
MALADE : BARJ,Youssef												
NOM JEUNE FILLE :												
TIERS PAYANT 1 :												
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :								
REF. PC 1 : REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
				N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT		
CONSULTATION DE MEDECIN.												
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)		TOTAUX :		120.00							120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
					REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
					RESTE DU:		120.00					
DATE FACTURE : 11/02/2020		EDITEE LE : 11/02/2020		PAR: KARIM		ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				