

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

litions 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.

que :

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

J.I.S.M

Matricule : 3144

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben AZIZ AZIZA REVERBART

Date de naissance : 9/11/75

Adresse : 40 Rue OKKHOUB N° Rés KAINTAR

Tél. : 06 77 06 52 59

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. KAAB ABDELHADI
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derb Ghalet
NPF 7109428

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2020

Nom et prénom du malade : BONI 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

ACCUEIL

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

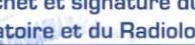
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/02/2020	CN		120,00	
17/02/2020	CH		18	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Docteur RACHID HABIBI CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE CETATRAUM 1mm 103	MONTANT de la Facture
PHARMACIE HABA Hay Ratta Rue Banafsa 51 Bis Beausejour - Casa tel : 022.94.99.34	11/02/20 ,		78.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/09/2020	Z30	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

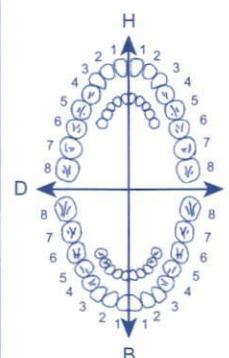
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Di-INDO®

25 mg

PPV 65DH00

EXP 02/2022
LOT 84020 3

13,20

CNSS
Le devoir de vous protéger

30 comprimés effervescents



درب غلف

Le 11.02.20

Ma Bonj vous

65,00 M Danho W. Self
70 S. V.
y Alfonso
13,20 M 88 S. V.
S. V.

Dr. KAAB ABDELHADI
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derby Ghalef
INPE: 41094228

PHARMACIE HIBA
Bia Banafsaje

PHARMACIE H.D.
Hay Raha Rue Banafsaje
N°51 Lis Bealséjour - Cass
Tél.: 022.94.99.34

زنقة الضمان - درب غلف- الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 30 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 - 2020

~~EL Ihsan J Yousfi~~

— No ok ~~is right~~

she me gone he ~~FR~~

— No ok ~~is right~~ ^{ok}
she me late ~~FR~~

+ G

Dr. KAAB ABDELNAFI
Médecin Urgentiste Polyvalente
CNSS Decto Ghafif
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 :		UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE : BARJ,Youssef				
MALADE : BARJ,Youssef		N° IMMAT C.N.S.S :								
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
TIERS PAYANT 2 :										
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
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 : TROIS CENTS DHS					PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
					RESTE DU:	300.00				
DATE FACTURE : 11/02/2020		EDITEE LE : 11/02/2020		PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL : DATE AT :					
VISA					N° DE POLICE :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
					Règlement à effectuer à l'ordre de :	BMCE - AGENCE MOULAY DRRISS 1ER - CASABLANCA				
					BANQUE :	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 :			
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 :					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.	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				