

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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° P19-0020316

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) **211681**

Matricule :

2948

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Jamil EP Jettefle

Date de naissance : **01.01.1943**

Adresse :

H. Polys. Rachid El M. 2. N° 38 B Casab

Tél. :

0522 20 45 45

Total des frais engagés : **785,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hind JANAH
Pneumo-Allergologue
404 Rés Safaa Appt 15, Bd Al Qods
Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 21 45 46

Date de consultation : **23/03/2020**

Nom et prénom du malade :

JAMIL EL JETTEFLE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

App. d'All. Staphyloco.

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 : **Casab**

Le : **12.03.2020**

Signature de l'adhérent(e) : **El Jettefle**



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
23/03/2020	150 W	C2		DR. DR. HASSANAH Rue 12 - Casablanca 404 Safaa App 15, Et Al Qods Tel: 05 22 21 45 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE LA PLAGE Sidi Bouzid - Casablanca Tel: 05 22 20 46 39 000023	03/03/2020	415,35

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/03/2020	716	su 16.000 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT 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

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le ٢٣١٥٣١ ذاد

نفف نوراها جمیل،

PHARMACIE LA PLACE
Hay Rekbout - Rue 12 - N°53
Sidi Moumen - Casablanca
Tél.: 05 22 70 16 33
ISF : 0016331620000023

① Rimon ٤٣

١١٦,٥٠
X2

PPV: 116DH00
PER: 08-22
LOT: I 1887

٤٣ جم ٣٥

② افالجاست ٣٥٠

١٠١,٤٠

Lot: PC0295A
Per: 01/2023
PPV: 101DH40

٣٥٠ جم ٣٥
نافن ٣٥

③ بوم اتر ٤٦

١٩٧,٩٥

PPV : 197 DH 90

٤٦,٣٥

٤٦

Dr. Hind JANAH

Pneumo-Allergologue

404 Rés Tafaa Appt 15, Bd Al Qods

Ain Chock - Casablanca

Tel: 05 22 21 45 46

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف ٢٠ ٨٦ ٣٠ ٢٠ - ٥٥ ٤٢ ٨٦ ٤٢ ٥٥ - فاكس : ٢٧ ٥٥ ٤٢ ٨٦ ٣٠ ٢٠ ٥٥

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

وصفة
ORDONNANCE



Le 03/03/2006

Dr. El Hachemi Jamil.

Dr. H. Hachek fax



Dr. Hind JANAH
Pneumo-Allergologue
404 Rés Sefaa, Appt 15, Bd Al Qods
Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 21 45 46

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 : 1089441	N° SEJOUR : 200017798	FACTURE N° 2002005277				DATE D'ENTREE : 03/03/2020		DATE DE SORTIE : 03/03/2020		
ASSURE :						UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE :		
MALADE : JAMIL,El Mostafa		N° IMMAT C.N.S.S :				JAMIL,El Mostafa				
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
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE										

Intervenant : 31102019 DR JANAH HIND PNEUMO-PHTISIOLOGUE	TOTAUX : 150.00								150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
CENT CINQUANTE DHS	REMISE : 0.00	REGLE : 150.00						AVOIR :		
	RESTE DU: 0.00									
DATE FACTURE : 03/03/2020	EDITEE LE : 03/03/2020	PAR: AZEDIN	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							





N° IPP :	1137869	N° SEJOUR :	200018686	FACTURE N° 2003002052				DATE D'ENTREE :	05/03/2020	DATE DE SORTIE :	05/03/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 5003 RADIOLOGIE				JAMIL, Elmostafa						
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	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00	
Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .				TOTAUX :	160.00					160.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :	160.00		AVOIR:		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 05/03/2020		EDITEE LE : 05/03/2020		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA								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											