

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W19-532877

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5509 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ENNAHIR AZZeddine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 49 17 81 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) :

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
11/03/2020		C2	150,00	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOPEZ 15, Rue Mamkouchi - Q. Lopez Bourgogne - CASABLANCA Tél. 0522 39 93 10	11/3/20	84,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

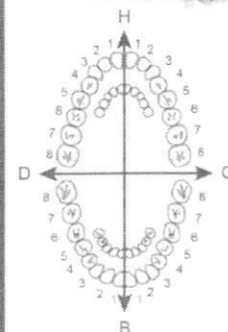
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SERVICE RADIOLOGIE Casablanca	11/3/20		160,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

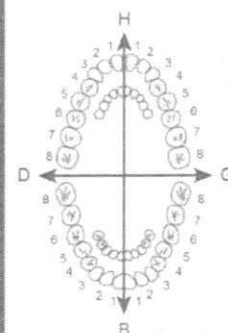
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PARANTAL® 1g

PPV 15DH00
EXP 09/2022
LOT 99027 2

وصفة
ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE

الزير اوي
ZIRAOU

le 11.3.20

ENNAHIR Medo

69,00

1/ Provac
11/10/20

2/ pectyl
11/10/20

15,00

3/ p antal
11/10/20

84,00

Dr. KABBAJ Said
Polyclinique CNSS Ziraoui
Allergologue - Pneumologue - Vascular
Bourgoigne - Casablanca

PHARMACIE LOPEZ
15, Rue Marrakouchi - Q. Lopez
Bourgoigne - CASABLANCA
Tél : 0522 39 93 70

500 ملغ

BioVanic 500 mg
5 Comprimés 
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

بيوفانيك

فوفلو كساسين

LOT: M0216
PER: 03/2021
PPV: 69:00 DH

ضاد حيوي

 Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأجدي صيدلي مسؤول

من ملبسة عن طريق الفم

DATE DE FACTURE : 11/03/2020 DATE DE SOUSCRIPTION : 11/03/2020

ASSURE :

MALADE : ENNAHIR AZZEDDINE

UF : 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUX

DESTINATAIRE :

ENNAHIR AZZEDDINE

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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1 00	150 00	150 00					0 00	150 00
Intervenant : 10211 DR KABBAJ SAID PNEUMOLOGIE				TOTAUX : 150 00						150 00

Arretée la présente facture à la somme de
CENT CINQUANTE DHS

PLF FOND PC :

ACOMPTE :

REMISE :

0 00

REGLE :

150 00

AVOIR :

RESTE DU :

0.00

DATE FACTURE : 11/03/2020

EDITEE LE : 11/03/2020

PAR : LANSAR

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA :

N° DE POLICE :

DATE AT :

Reglement à effectuer à l'ordre de :

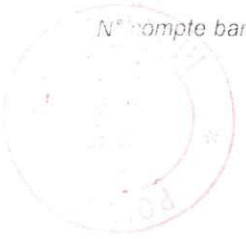
POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAQUI

BANQUE :

B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

N° compte bancaire :

011 780 00 00 43 210 00 60050 54



Casablanca, le 11/03/2020

NOM : Mr ENNAHIR Azzeddine.

MEDECIN DEMANDEUR : DrS. KABBAJ

EXAMEN : Radiographie du thorax (F).

- Absence d'anomalie squelettique, cardio-médiastinale ou pleuro-pulmonaire.

Dr N. EL GHISSASSI


SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraoui



وصفة
ORDONNANCE



le 11.3.20

ENNAHIR Affeديو

Raf Fax

Dr. KABBAJ Said
Pneumo-Phisiologue
Allergologue Vacataire
Polyclinique CNSS Ziraoui

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraoui



N° IPP : 706992		N° SEJOUR : 200009774		FACTURE N° 2003002407		DATE D'ENTREE : 11/03/2020		DATE DE SORTIE : 11/03/2020			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE : ENNAHIR, Azzeddine					
MALADE : ENNAHIR, Azzeddine				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 Médicale	Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00	
Intervenant : 10494 DR EL GHISSASSI NEZHA RADIOLOGIE				TOTAUX : 160.00						160.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC				PLAFOND PC						ACOMPTÉ	
CENT SOIXANTE DHS				REMISE : 0.00		REGLE : 160.00				AVOIR :	
RESTE DU :				RESTE DU : 0.00							
DATE FACTURE : 11/03/2020				ACEDITEE LE : 11/03/2020		PAR : ZAHID		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA :				N° DE POLICE :		N° DE POLICE :		DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU					
				BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA					
				N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54					

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 CASABLANCA
 11/03/2020

COPIE RADIOLOGIE
 Polyclinique CNSS Ziraou