

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

ctique :

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.

ntaire :

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

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 caractére 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

ND: 25539

Déclaration de Maladie : N° P19-0017614

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01177

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AI JJOU Fattouma Date de naissance :

Adresse :

N° 113 Rue 28 Alial oufja Casablanca

Tél. : 05 22 90 52 62

Total des frais engagés : 849,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Dr. A BENDAHMANE
Hépatogastroentérologue

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19.10.2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19-0017614 Gastro-

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
03/01/2021	ds	1500	Dr. A BENDAHMANE NECROLOGISTE CASABLANCA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AHIRLJOUTI Docteur en Pharmacie angle Bd. Oued Sebou n° 150, El Oulfa ARLANCA Tél: 02 21 21 21 21	21.02.2023	99.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet & signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Centre de Radiologie et de Diagnostic Laboratoire et du Radiologue 5, rue de la République 522293.04.93 - Fax 05.22.93.04.93	21.02.2000	0,40 MB30	20.000,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

الضمان الاجتماعي
Tél: 05 22 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05
Le devoir de la protection
C.N.S.S.
ULYS PHARMACEUTICALS SARL AU
TAHIRI OULFI JAOUAD
Docteur en Pharmacie
687, angle Bd. Oued Sebou
et Rue Y50 El Oued Oulfa
Tél: 05 22 90 56 99 - Tél: 05 22 90 88 88

وصفة
ORdonnance



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 24/02/2020

Mr Ajjin H. H. H.

99,00

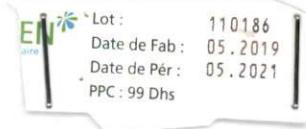
Brodifenacarb

S.V

151j

رج 15

T. 99,00



Dr. A. BENDAHMANE
Hépatogastroentérologue
CASABLANCA

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 15/02/2020

Mr. Aijin Fethna

GBU 3ème

(F)

1. 1852. ~~Ans~~ Nc^o 1001
Endo / Son (Bact / Mén)
+ Diarrhée brusque
+ léger au lever

→ Ome ~~Ustur~~ + pellucide

Dr. A BENDAHMANE
Hépatogastroentérologue
CASABLANCA

Centre de Radiologie El Oulja
p.d. Quai Rabii - Rue 50 N° 2
Casablanca - 20220
Tel: 05 22 86 42 05 - Fax 05 22 98 35 21

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 21/02/2020

FACTURE N°02111/2020

NOM & PRENOM: AIJJOU FATTOUMA

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE	600 DH
TOTAL	600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :SIX CENTS DH TTC



Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca

Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00

Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057

E-mail: radiologie-oulfa@.com

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 :	1125073	N° SEJOUR :	200014416	FACTURE N° 2002004312				DATE D'ENTREE : 19/02/2020 DATE DE SORTIE : 19/02/2020			
ASSURE :								DESTINATAIRE : AIJJOU,Fattouma			
MALADE : AIJJOU,Fattouma				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
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	
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE	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 : 19/02/2020	EDITEE LE : 19/02/2020	PAR: AZEDIN	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>								
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							

