

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 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 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- 0046177

ND : 34434

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2445 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KABAILLOU BERRADA JAOUAD

Date de naissance : 13-07-56

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 29 46 59 65 Total des frais engagés : 2499 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21-07-2020

Nom et prénom du malade : Berrada Jaouad Age : 13-07-56

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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


Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 27-07-2020



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
21/07/2020	CS		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/7/2020	2319,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

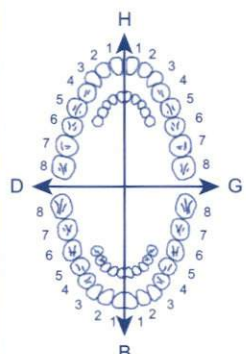
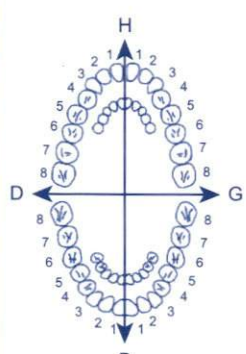
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				MONTANTS DES SOINS	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE

le 22/07/2020

NV Berrada Joud

182.50 x 11

1) Insuline soluble (1's)

84.00 x 6

2) Ameluz P (1's)

28.00 x 6

3) Glucophage 1000 P (1's)

2349.50

Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
INPE: 001877

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45
Fax : 05.22.73.15.72

LOT 191912
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH
LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

28,00

28,00

28,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	497333	N° SEJOUR :	200022541	FACTURE N° 2002009871		DATE D'ENTREE : 21/07/2020		DATE DE SORTIE : 21/07/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : KABAILOU-BERRADA,Jaouad							
MALADE : KABAILOU-BERRADA,Jaouad											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR 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 DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT	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 : 21/07/2020	EDITEE LE : 21/07/2020	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
		BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI				
		N° compte bancaire :		011780000049210006006888				